



**UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA**

**CONHECIMENTOS E COMPORTAMENTOS FACE À INFECÇÃO DO  
VIH/SIDA EM MIGRANTES AFRICANOS E BRASILEIROS RESIDENTES  
NA ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA**

**SUSANA FERREIRA**

**DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DE GRAU DE MESTRE EM  
SAÚDE E DESENVOLVIMENTO**

**SETEMBRO, 2011**



**UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA**

**CONHECIMENTOS E COMPORTAMENTOS FACE À INFECÇÃO DO  
VIH/SIDA EM MIGRANTES AFRICANOS E BRASILEIROS RESIDENTES  
NA ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA**

**LICENCIADA SUSANA FERREIRA**

**SETEMBRO, 2011**

**ORIENTADOR:** DOUTORA SÓNIA FERREIRA DIAS

**Co-ORIENTADOR:** DOUTOR BRUNO DE SOUSA

DISSERTAÇÃO APRESENTADA PARA CUMPRIMENTO DOS REQUISITOS NECESSÁRIOS À OBTENÇÃO DE GRAU DE MESTRE EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO, REALIZADA SOB A ORIENTAÇÃO CIENTÍFICA DE DOUTORA SÓNIA FERREIRA DIAS E DOUTOR BRUNO DE SOUSA

## **AGRADECIMENTOS**

Esta investigação/estudo é o culminar de dois anos académicos de bastante exigência, esforço e trabalho de equipa. Aprendi, amadureci e evolui graças à sede de conhecimento e à partilha e aprendizagem com os meus professores e colegas. Esta realização pessoal foi possível graças ao apoio da minha família, nomeadamente dos meus pais. Ao André Corrêa d' Almeida via *skype* Portugal-EUA e aos meus colegas do IV Mestrado de “Saúde e Desenvolvimento” da “luta” académica, os meus sinceros agradecimentos, em particular: Cláudia Leone, João Gregório, Sofia Lopes, Sara Sousa, Mónica Correia, Carla Ganhão e Ricardo Garcia. Agradeço a paciência e orientação científica deste trabalho à Professora Sónia Dias e co-orientador Professor Bruno de Sousa.

## RESUMO

O processo de desenvolvimento económico de urbanização leva à procura de melhores condições de vida e ao aumento do fluxo migratório em Portugal. A população migrante considerada vulnerável depara-se no país de acolhimento com inúmeros factores sociais, culturais, religiosos e económicos, os quais podem contribuir para influenciar os comportamentos, nomeadamente na adopção de comportamentos sexuais de risco. O objectivo do presente estudo é identificar os conhecimentos e comportamentos face à infecção do VIH/SIDA em Africanos e Brasileiros, residentes na área metropolitana de Lisboa.

É um estudo de Conhecimentos Atitudes e Práticas (CAP) com uma abordagem quantitativa, cuja amostra é constituída por 289 participantes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa e do Brasil. Estes migrantes recorreram ao Centro Nacional de Apoio ao Imigrante (CNAI) e foram convidados a participar neste estudo através de um questionário estruturado. Os dados foram submetidos a uma análise estatística descritiva. Em toda a investigação existe uma abordagem transversal relativa ao género, de forma a identificar a existência ou não de diferenças entre homens e mulheres no âmbito dos conhecimentos e comportamentos. Segundo os resultados, as principais fontes de informação utilizadas pelos migrantes que contribuem para o conhecimento do VIH/SIDA são os *media* (TV, rádio e jornais); os amigos, familiares e conhecidos, e as campanhas de prevenção. Observa-se que os participantes não referem utilizar os serviços de saúde para se informarem sobre o VIH/SIDA. No entanto, em caso de infecção recorreriam ao Hospital e ao Centro de Saúde. No âmbito das duas comunidades, os brasileiros são os que mais reportam utilizar o preservativo. Ambas as comunidades optam pela não utilização de qualquer método de contracepção, principalmente as mulheres africanas e os homens brasileiros. No que diz respeito às infecções sexualmente transmissíveis, mais de metade dos participantes responde ter “muito” receio de contrair uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), sobretudo os homens africanos e as mulheres brasileiras. Este estudo sugere que a comunidade brasileira tem mais conhecimentos sobre o VIH/SIDA e menos comportamentos considerados de risco face à infecção do VIH/SIDA do que a comunidade africana. Os resultados sugerem que é necessária uma abordagem na promoção de estratégias e

políticas de educação de saúde que passem igualmente pelas campanhas de prevenção e, que sejam especialmente concebidas para este grupo específico de população, sobretudo e neste caso, para os migrantes africanos, os quais têm menos conhecimentos sobre o vírus do HIV/Sida. Essas medidas devem ser levadas a cabo pelas Instituições estatais e organizações não-governamentais ao nível local, uma vez que uma actuação local pode ter um impacto mais adequado e satisfatório junto da população migrante.

**PALAVRAS CHAVE:**

Conhecimentos, Comportamentos de risco VIH/SIDA, Migrantes, Estudo CAP, Africanos, Brasileiros, Homens, Mulheres

## **ABSTRACT**

The economic and urban development process, leads to a demand of better life conditions and it reflects in the increasing migratory flows in Portugal. Considered as a vulnerable population, migrants face a number of social, cultural, religious and economic constraints, that might contribute to influence their behavior, namely sexual risk behavior. This study aim is to identify Lisbon urban area immigrants' (African and Brazilian) knowledge and behavior regarding HIV/Aids infection. It is a KAP (Knowledge, Attitudes and Practices) study using quantitative methodology. It is a cross sectional study which sample is 289 respondents from PALOP countries and Brazil, who went to CNAI and therefore were invited to participate in this study. Data were collected through a structured questionnaire, in which a statistical descriptive analysis was performed. There is a gender cross-thematic approach, to identify or not differences between man and women within the knowledge and behavior area. According with the results the main source of information, that contributes for the knowledge and behavior of HIV/Aids are: media (TV, radio and newspapers), friends, relatives and acquaintances and prevention campaigns. It was observed that respondents do not use Health Services to get information about HIV, nevertheless in case of infection would use Hospital and Primary Care health centers. Concerning behavior, 40% of Brazilians and 28% of Africans do use condoms, nevertheless both communities do not use contraception methods especially African women and Brazilian men. Over half of the respondents reported being "much" afraid of Sexually Transmitted Disease (STD) especially African men and Brazilian women. This study suggests that Brazilian have more knowledge and less risk behavior concerning the HIV infection. Results suggest that there is the need to address Educational and Health strategic and political approaches, including prevention campaigns, in order to consider the differences among the immigrant population. These measures should be taken by the Governments and Non-government Organizations at local level, since might lead to suitable and satisfactory outcomes.

**KEY WORDS:**

Knowledge, HIV/Aids risk behavior, Migrants, KAP study, Africans, Brazilians,  
Men; Women

# ÍNDICE

<b>AGRADECIMENTOS.....</b>	<b>I</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>II</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>IV</b>
<b>ÍNDICE .....</b>	<b>VI</b>
<b>LISTA DE FIGURAS E TABELAS .....</b>	<b>VII</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS.....</b>	<b>X</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>4</b>
MIGRAÇÃO - CONTEXTO INTERNACIONAL .....	4
MIGRAÇÃO - CONTEXTO NACIONAL .....	6
MIGRAÇÃO E SAÚDE .....	15
MIGRAÇÃO E INFECÇÃO VIH/SIDA.....	22
<b>QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJECTIVOS.....</b>	<b>35</b>
<b>MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>36</b>
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>40</b>
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	40
ANÁLISE DOS RESULTADOS RELATIVOS AOS CONHECIMENTOS DA POPULAÇÃO MIGRANTE AFRICANA E BRASILEIRA SOBRE O VIH/SIDA.....	44
ANÁLISE DOS RESULTADOS RELATIVAMENTE AOS COMPORTAMENTOS DA POPULAÇÃO MIGRANTE AFRICANA E BRASILEIRA FACE AO VIH/SIDA .....	71
<b>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>96</b>
DISCUSSÃO RELATIVA À CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA .....	96
DISCUSSÃO RELATIVA AOS RESULTADOS DOS CONHECIMENTOS .....	98
DISCUSSÃO RELATIVA AOS RESULTADOS DOS COMPORTAMENTOS.....	104
LIMITAÇÕES DO ESTUDO .....	111
<b>CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES .....</b>	<b>112</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>116</b>



## LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1 - Número de migrantes Internacionais (em Milhões) .....	4
Figura 2 - Países com maior percentagem de migrantes internacionais, Europa Central e Ocidental, 2010.....	5
Figura 3- Evolução da População Estrangeira em Território Nacional.....	8
Figura 4 - População Estrangeira Residente em Portugal – Zonas Geográficas .....	9
Figura 5 - População Estrangeira por Distritos em Portugal (2009) .....	10
Figura 6 - A população e o VIH/SIDA – 2007 .....	23
Figura 7 - Alterações na taxa de incidência da infecção do VIH, de 2001 a 2009 nos países seleccionados .....	24
Figura 8 - Infecções VIH diagnosticadas em 2009, Região da Europa WHO. Características dos casos.....	25
Figura 9 - Distribuição de Casos de SIDA por Grupo etário e categoria de transmissão .....	27
Figura 10 - Nível de escolaridade por comunidade e sexo.....	42
Figura 11 - Tempo de estadia em Portugal .....	43
Figura 12 - Nível de informação dos migrantes relativamente à SIDA .....	44
Figura 13 - Distribuição relativa ao Nível de informação sobre a SIDA (diferença entre comunidades).....	45
Figura 14 – Distribuição relativa ao Nível de Informação sobre a SIDA (diferença entre sexos) .....	46
Figura 15 – Distribuição relativa ao desejo de adquirir mais conhecimentos sobre o VIH/SIDA .....	47
Figura 16 - Distribuição relativa ao local onde ouviu falar sobre VIH/SIDA (Portugal) (diferença entre comunidades).....	48
Figura 17 – Distribuição relativa ao local onde ouviu falar sobre VIH/SIDA (País de origem) (diferença entre comunidades) .....	49
Figura 18 - Distribuição relativa à fonte de informação: <i>Media</i> (País de origem) (diferença entre comunidades).....	50
Figura 19 – Distribuição relativa à fonte de informação: <i>Media</i> (Portugal) (diferença entre comunidades).....	51
Figura 20 – Distribuição de opiniões sobre as Campanhas de Prevenção da infecção do VIH/SIDA (diferença entre comunidades) .....	52
Figura 21 – Distribuição relativa à informação sobre VIH/SIDA nos Serviços de Saúde .....	54
Figura 22 – Distribuição relativa à Transmissão vertical (durante a gravidez) (diferença entre comunidades).....	59
Figura 23 – Distribuição relativa à Transmissão vertical (durante o parto) .....	60
Figura 24 - Distribuição relativa à transmissão do vírus ao filho durante a amamentação (diferença entre sexos) .....	61
Figura 25 - Distribuição relativa à possibilidade de evitar que a mulher grávida infectada com VIH/SIDA contage o seu filho (diferença entre comunidades).....	62
Figura 26 - Distribuição das opiniões: a SIDA tem cura, tem tratamento que melhora a vida, mas não destrói o vírus ou não tem cura.....	67
Figura 27 – Distribuição das opiniões: a SIDA tem cura; tem tratamento que melhora a vida, mas não destrói o vírus ou não tem cura (diferença entre comunidades).....	67
Figura 28 – Distribuição relativa à capacidade de identificar uma pessoa infectada com VIH ou com SIDA (diferença entre sexos).....	68
Figura 29 - Distribuição relativa à actividade sexual dos migrantes.....	71
Figura 30 – Distribuição relativa à actividade sexual dos migrantes (diferença entre sexos).....	72
Figura 31 – Distribuição relativa à idade da primeira relação sexual .....	73
Figura 32 - Distribuição relativa ao número de parceiros (as) sexuais desde a chegada a Portugal.....	73

Figura 33 - Distribuição relativa ao número de parceiros (as) sexuais desde a chegada a Portugal (diferença entre comunidades) .....	74
Figura 34 - Distribuição relativa ao número de parceiros (as) sexuais no último ano (diferença entre sexos) .....	75
Figura 35 – Distribuição relativa ao tipo de parceiros sexuais .....	77
Figura 36 – Distribuição relativa ao local de risco de infecção do VIH ou DTS.....	78
Figura 37 - Distribuição relativa à mudança de comportamento sexual (diferença entre sexos) .....	79
Figura 38 – Distribuição relativa à opção dos métodos contraceptivos (diferença entre comunidades) .....	80
Figura 39 - Distribuição relativa à opção dos métodos contraceptivos (diferença entre sexos) .....	81
Figura 40 – Distribuição relativa à utilização de preservativo na primeira relação sexual .....	82
Figura 41 – Distribuição relativa à aquisição de preservativo em Portugal .....	83
Figura 42 – Distribuição relativa à aquisição de preservativo em Portugal (diferença entre sexos) .....	83
Figura 43 – Distribuição relativa aos problemas na utilização do preservativo .....	84
Figura 44 – Distribuição relativa aos problemas na utilização do preservativo (diferença entre comunidades) .....	85
Figura 45 - Distribuição relativa à recusa de relações sexuais ocasionais/passageiras .....	92
Figura 46 - Distribuição relativa à recusa de relações sexuais ocasionais/passageiras (diferença entre sexos) .....	93
Figura 47 - Distribuição relativa ao receio de contrair uma infecção ou uma DTS.....	94
Figura 48 - Distribuição relativa ao receio de contrair uma infecção ou uma DTS (diferença entre comunidades) .....	95
 Tabela 1- Caracterização sociodemográfica .....	40
Tabela 2 - Forma de transmissão do VIH/SIDA (diferença entre comunidades) em que o “Sim” corresponde a uma opção de resposta incorrecta .....	55
Tabela 3 - Forma de transmissão do VIH/SIDA (diferença entre comunidades) em que o “Sim” corresponde a uma opção de resposta correcta .....	56
Tabela 4 - Forma de transmissão do VIH/SIDA (diferença entre sexos) em que o “Sim” corresponde a uma opção de resposta incorrecta .....	57
Tabela 5 - Forma de transmissão do VIH/SIDA (diferença entre sexos) em que o “Sim” corresponde a uma opção de resposta correcta .....	58
Tabela 6 - Evitar a infecção VIH/SIDA (diferença entre comunidades) em que o “Sim” corresponde a uma opção de resposta incorrecta .....	63
Tabela 7 - Evitar a infecção VIH/SIDA (diferença entre comunidades) em que o “Sim” corresponde a uma opção de resposta correcta .....	64
Tabela 8 - Evitar a infecção VIH/SIDA (diferença entre sexos) em que o “Sim” corresponde a uma opção de resposta incorrecta .....	65
Tabela 9 - Evitar a infecção VIH/SIDA (diferença entre sexos) em que o “Sim” corresponde a uma opção de resposta correcta .....	66
Tabela 10 - Sinais/sintomas que permitem identificar essa pessoa (diferença entre comunidades) em que o “Sim” corresponde a uma opção de resposta incorrecta .....	69
Tabela 11 - Sinais/sintomas que permitem identificar essa pessoa (diferença entre sexos) em que o “Sim” corresponde a uma opção de resposta incorrecta.....	70
Tabela 12 - Razão da não-utilização de preservativo na última relação sexual (diferença entre comunidades) .....	87

Tabela 13 - Razão da não-utilização de preservativo na última relação sexual (diferença entre sexos) .....	88
Tabela 14 - Frequência da utilização do preservativo (diferença entre comunidades).....	90
Tabela 15 - Frequência da utilização do preservativo (diferença entre sexos) .....	91

## LISTA DE ABREVIATURAS

ACIDI	Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural
ART	Anti-retroviral
CNAI	Centro Nacional de Apoio ao Imigrante
CNIVIH/SIDA	Coordenação Nacional para a infecção VIH/SIDA
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECDC	European Control Disease Center
IEC	Informação, Educação e Comunicação
INE	Instituto Nacional de Estatística
INSA	Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MIPEX	Índice das Políticas de Integração
OIM	Organização Internacional para as Migrações
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não-governamental
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
SEF	Serviços de Estrangeiros e Fronteiras
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
WHO	World Health Organization

## INTRODUÇÃO

Actualmente, os fluxos migratórios são mais numerosos, mais rápidos, mais diversificados e complexos do que no passado (Ramos, 2009). As sociedades actuais são confrontadas por um número crescente de populações estrangeiras, originárias de diferentes culturas e portadoras de costumes e línguas específicas, que afluem, sobretudo às cidades e que partilham espaços, actividades e o quotidiano (Ramos, 2009). A população migrante em Portugal tem um número representativo de imigrantes Africanos vindos dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), Europeus de Leste, e Brasileiros.

A distribuição geográfica dos imigrantes em Portugal está relacionada com o nível de desenvolvimento urbano e económico das regiões portuguesas (Costa, 2009). As oportunidades de trabalho e de negócios existentes nas áreas urbanas têm exercido, desde longa data, um enorme atractivo às populações migrantes, determinando, em grande medida, a sua localização. É nas grandes cidades que as pessoas, de diferentes passados e origens geográficas, sociais, culturais e económicas se juntam provocando um complexo de interacções. Neste contexto a imigração como um fenómeno pode representar uma ruptura e uma descontinuidade com o país de origem (Costa, 2009).

A ruptura e separação das origens podem levar a que o migrante se encontre numa situação menos favorável, e que seja influenciado por determinados factores, nomeadamente sociais, culturais, económicos e até mesmo religiosos. A junção destas condições contribui para a vulnerabilidade desta população. Outros factores, tais como a pobreza e a exclusão estão relacionados, interferindo directamente com as condições de saúde das pessoas e das comunidades, afectando profundamente o potencial do desenvolvimento físico e psicológico dos indivíduos (Llácer *et al*, 2007). O estudo sobre a saúde dos migrantes de Llácer *et al* (2007), refere que quando se estuda os determinantes de saúde na população migrante, é importante considerar todo o trajecto migratório, ou seja, os determinantes da origem, trânsito e chegada. Os aspectos culturais e as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham também podem apresentar um impacto directo na saúde tanto individual como colectiva. As circunstâncias da vida são apenas parte de um quadro mais vasto, no qual o acesso aos cuidados de saúde é dificultado pela frequente ausência de informação sobre direitos e serviços disponíveis, ou ainda pela falta de sensibilidade e de conhecimento das

entidades e dos profissionais prestadores dos serviços. O acesso aos sistemas nacionais de saúde e a obtenção de bons resultados no estado de saúde têm-se tornado indicadores fundamentais da integração dos imigrantes. Além disso, como a saúde é considerada um dos motores do desenvolvimento económico, a desigualdade no acesso aos serviços é considerada uma ameaça aos valores sociais, económicos e aos objectivos da Europa (Fonseca *et al*, 2007). As condições e as práticas de saúde dos imigrantes não podem dissociar-se do respectivo nível socioeconómico e do seu estatuto legal, maior precariedade no emprego, condições de habitação e menor acesso aos mecanismos de protecção social (Fonseca *et al*, 2009).

Não é o facto de estar numa situação de mobilidade que coloca os migrantes numa posição de risco face ao VIH/SIDA, mas as situações com as quais se deparam e os comportamentos durante o processo de mobilidade ou enquanto migrantes, os quais aumentam a vulnerabilidade e o risco do VIH/SIDA (Ashby, 2006). Brockerhoff & Biddlecom (1998) acrescentam que no processo de migração, a existência de alterações das práticas sexuais podem contribuir para a transmissão do VIH. Nesse sentido os migrantes são considerados um grupo vulnerável à infecção pelo VIH/SIDA. De acordo com a literatura internacional e científica, a vulnerabilidade dos migrantes pode levar a adopção de determinados comportamentos de risco que afectam a sua saúde, nomeadamente os comportamentos sexuais de risco. Esses comportamentos dependem de uma série de factores, que ajudam a melhor compreender o contexto do mundo migratório, composto por indivíduos, pertencentes a grupos minoritários.

Embora não existam dados sobre a infecção do VIH/SIDA dos migrantes em Portugal, sabe-se contudo, que Portugal é um dos países do Sul da Europa que mais recebe população migrante (Williamson *et al*, 2009). De acordo com Williamson *et al* (2009) existe uma alta taxa de mortalidade devido à infecção do VIH/SIDA na área metropolitana de Lisboa, na qual residem muitos dos migrantes africanos. Acrescenta que os factores socio-ambientais e o facto de pertencerem a países endémicos (ex-colónias Portuguesas) podem contribuir para a prevalência da doença. A literatura científica relativa à realidade Portuguesa sobre esta questão ainda é escassa. Importa aprofundar mais este tema, visto tratar-se de comportamentos e da saúde de uma população com contornos muito específicos. A presente investigação pretende descrever a informação/conhecimentos e os comportamentos sexuais dos migrantes relacionados

com o VIH/SIDA dos migrantes. Desta forma, este estudo poderá contribuir por um lado, para o aumento do conhecimento na área da Migração e do VIH/SIDA em Portugal, no que diz respeito aos conhecimentos e comportamentos face à infecção do VIH/SIDA, da comunidade africana e da comunidade brasileira, residentes na área metropolitana de Lisboa. Os Africanos provenientes dos PALOP e os Brasileiros são comunidades muito representadas em Portugal, razão pela qual se seleccionou esta população para investigação. Por outro lado, poderá contribuir para a futura realização de investigações em Portugal (para além da área metropolitana de Lisboa, noutras áreas litorais onde se concentram migrantes, como Setúbal e Faro) no âmbito da temática da Migração e do VIH/SIDA. Por conseguinte, a importância de adquirir nova informação é relevante, no sentido de delinear futuras políticas e estratégias de intervenção adaptadas às necessidades destas populações para que assim possam ser mais efectivas.

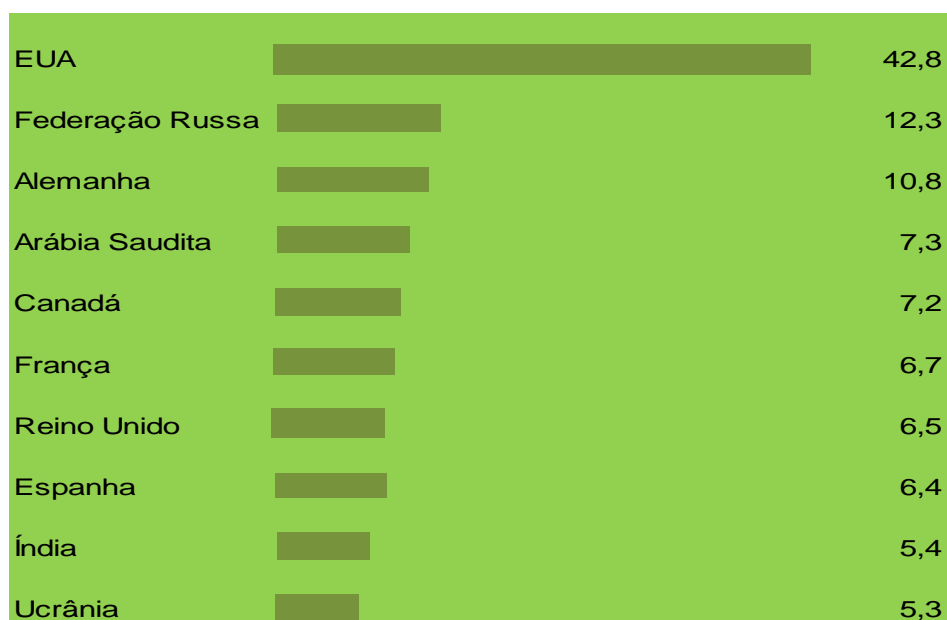
No que diz respeito aos capítulos deste trabalho, refere-se que o Enquadramento Teórico, faz um levantamento da literatura científica na área da Migração enquanto fenómeno e desafio à escala mundial, bem como a sua ligação ao nível internacional e nacional com a Saúde e com a infecção do VIH/Sida. De seguida os capítulos da Questão de Investigação e Objectivos (geral e específicos) e o de Material e Métodos. O capítulo Resultados apresenta a análise dos dados com estatística descritiva através de gráficos sectoriais, gráficos de barras e tabelas. O capítulo seguinte, a discussão é constituído por vários sub-capítulos relativos à caracterização sociodemográfica, conhecimentos, comportamentos e limitações do estudo.

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### MIGRAÇÃO - CONTEXTO INTERNACIONAL

Actualmente o número de migrantes internacionais é o maior de sempre, tendo vindo a aumentar rapidamente nas últimas décadas. A taxa de crescimento nos últimos cinco anos está ilustrada na figura 1. Se a população migrante continuar a aumentar da mesma forma como nos últimos 20 anos, o número de migrantes internacionais em 2050 pode chegar aos 405 milhões. (IOM, 2010). A figura 1 ilustra os países do mundo que têm um maior número de residentes migrantes em 2010.

**Figura 1 - Número de migrantes Internacionais (em Milhões)**

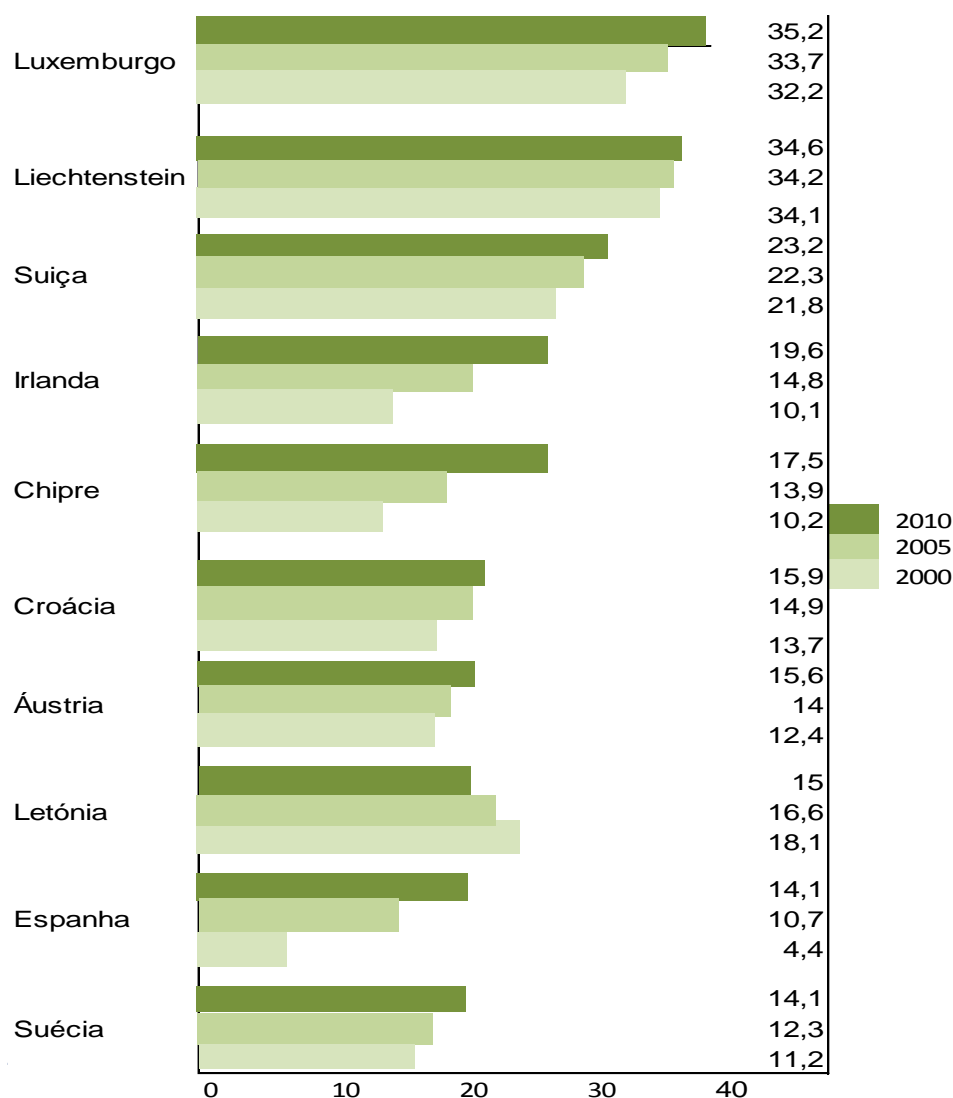


Fonte: Nações Unidas, Departamento de assuntos económicos e sociais, Divisão População (2009)

Os países europeus com mais migrantes internacionais são: a Alemanha, com 10,8 milhões, a França com 7,2 milhões, o Reino Unido, com 6,5 milhões e a Espanha com 6,4 milhões de habitantes provenientes de outros países.



**Figura 2 - Países com maior percentagem de migrantes internacionais, Europa Central e Ocidental, 2010**



**Fonte: IOM, 2010**

A figura 2 ilustra os dez países com maior percentagem de migrantes na Europa Central e Ocidental. O Luxemburgo, o Principado de Liechtenstein e a Suíça são os três países na Europa com maior percentagem de migrantes internacionais (figura 2). Portugal não faz parte do conjunto de países com maior percentagem de migrantes. A migração internacional é actualmente considerada um dos maiores desafios a nível mundial, surgindo como fonte de reflexão para a generalidade dos países. Neste contexto há uma reconhecida necessidade de compreensão de movimentação da população, e do seu impacto, quer para os países de acolhimento, trânsito e origem, quer

para as populações, migrantes e autóctones (Dias & Gonçalves, 2007). Os movimentos migratórios têm vindo a ganhar um carácter de heterogeneidade e complexidade, representando um desafio para a generalidade dos países. Actualmente, assiste-se a várias redefinições dos “mapas de migração” na medida em que surgem novos percursos com diferentes locais de origem, trânsito e destino (Dias *et al*, 2009). Num estudo realizado na Suécia sobre os migrantes e o VIH, Moges (2008) reflecte que a migração representa um dos veículos mais comuns dos encontros entre culturas. Diversos factores socioeconómicos são mediadores dos factores que influenciam a Migração. Recentemente, o rápido desenvolvimento da comunicação e dos sistemas de transportes permitem às pessoas moverem-se frequentemente e de forma mais rápida do que antes, resultando numa massa migratória. O movimento dos indivíduos e populações tornou-se um importante factor na formação da disseminação global do VIH/SIDA. Se for bem gerida, a migração representa uma poderosa força económica de crescimento e inovação nos países de destino, bem como a redução da pobreza e do desenvolvimento nos países de origem. Pode proporcionar não só a liberdade humana, como a obtenção de resultados ao nível do desenvolvimento humano, aos migrantes e às suas famílias (IOM, 2010). No entanto, devido à diversidade geográfica, social e cultural da população das regiões que atraem maior número de imigrantes, reflecte-se no aparecimento ou expansão de novas doenças, na diferenciação das práticas e nas condições de acesso aos cuidados de saúde (Fonseca & Esteves, 2007).

## **MIGRAÇÃO - CONTEXTO NACIONAL**

Por razões históricas e recentes, Portugal é um dos pontos de passagem e fixação para migrantes da África subsariana (Tavira, 2007). Após um processo de descolonização recente manteve-se um constante fluxo migratório de países de língua portuguesa daquela região, bem como países vizinhos que partilham as mesmas rotas migratórias. A queda de barreiras socioculturais e políticas, associada ao desenvolvimento das comunicações, obriga a que os problemas da saúde pública do próximo século tenham de ser encarados numa perspectiva integrada e global. (Tavira, 2007).

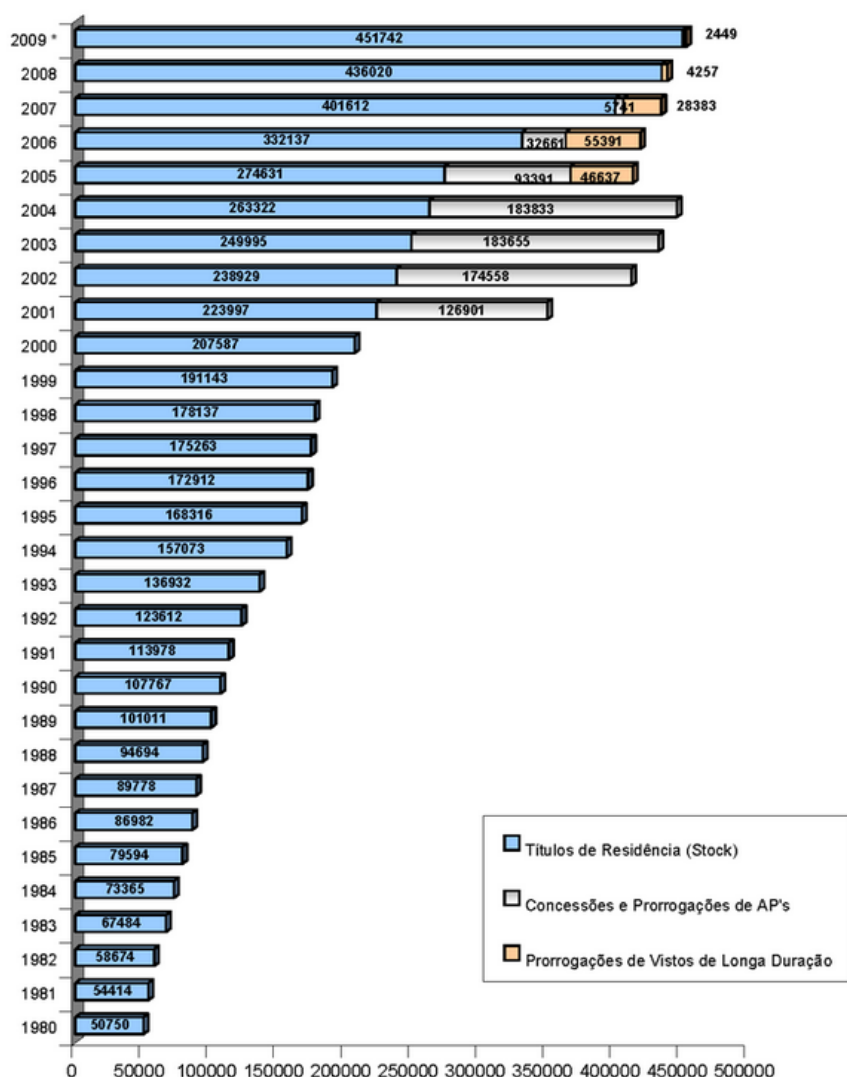
Desde os anos 60 do século XX e com especial incidência a partir de 1974, Portugal começou a receber migrantes dos Países de Língua Oficial Portuguesa (PALOP). Durante a década de 80, sobretudo desde a adesão de Portugal à Comunidade Europeia, este processo aumentou exponencialmente diversificando-se os fluxos de entradas, nomeadamente com a chegada de imigrantes laborais do Brasil e de outros países dos PALOP, tais como Angola e Guiné Bissau. Os anos 90 do século XX caracterizam-se pela consolidação e crescimento da população imigrante residente em Portugal com destaque para as comunidades dos PALOP e do Brasil, assim como pela emergência gradual de novos fluxos migratórios vindos da Europa de Leste e dos países da ex-URSS. Em Portugal, os imigrantes originários do continente asiático são numerosos. Contudo, é importante notar o recente crescimento dos chineses, paquistaneses, indianos e bangladechianos. Deve ainda realçar-se a chegada de cidadãos de diversos países da África subsaariana, embora em número muito reduzido (Fonseca & Silva, 2010).

### **Escassez de dados sobre a população migrante em Portugal**

No estudo sobre a integração das mulheres imigrantes nos cuidados de saúde em Portugal, Topa (2010) refere que para além do Instituto Nacional de Estatística (INE), através de alguns indicadores dos censos, apenas o Inquérito Nacional de Saúde, implementado pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge constitui uma fonte de informação importante na divulgação de dados sobre os migrantes.

Os Recenseamentos da População e os Inquéritos ao Emprego têm também alguma informação reportada ao país de naturalidade. No entanto, a utilização deste critério é mais problemática, não só porque não é considerado pelo Serviços de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), mas também porque, no caso de pessoas nascidas nas antigas colónias portuguesas em África, não permite diferenciar a população de ascendência portuguesa nascida naqueles territórios que veio para Portugal a seguir à independência desses países, dos imigrantes de origem étnica africana. Para tentar colmatar a dispersão de informação e o surgimento de dados discordantes, a partir de 2008, o recente Sistema Integrado de Informação do SEF (SIISEF) passa a constituir a fonte única de informação estatística sobre a população estrangeira residente em Portugal (Fonseca & Silva, 2010).

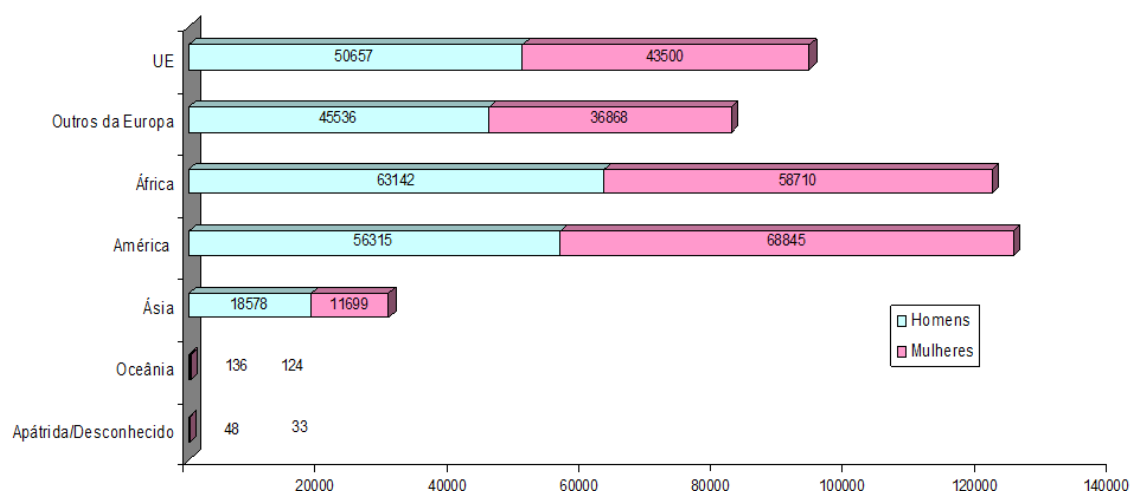
**Figura 3- Evolução da População Estrangeira em Território Nacional**



**Fonte: SEFSTAT sitio, acesso Março de 2011.**

A partir da figura 3, verifica-se que desde 1980 tem havido um crescimento exponencial do número de migrantes em Portugal. Sobretudo a partir do ano de 2005. No entanto, constata-se que, de 2008 para 2009, registou-se um crescimento positivo de cerca de 3% da população estrangeira residente em Portugal, expressão do *stock* (provisório) do ano de 2009, contabiliza um universo de 454.191 estrangeiros residentes (SEF, 2009).

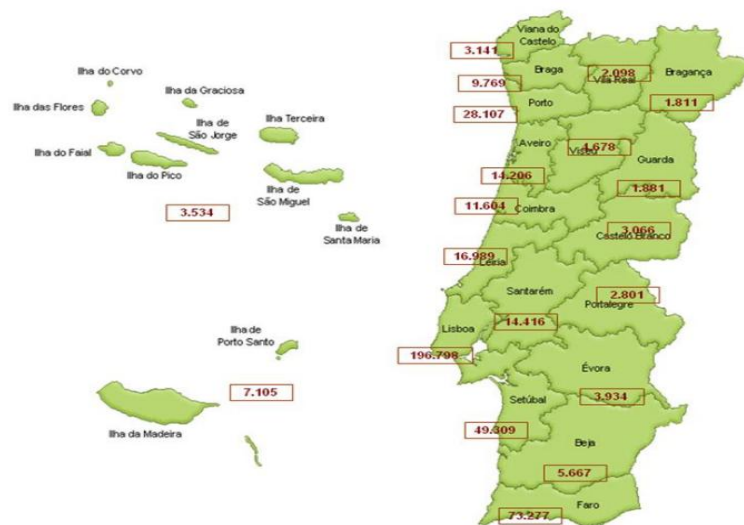
**Figura 4 - População Estrangeira Residente em Portugal – Zonas Geográficas**



**Fonte: SEF, 2009**

Verifica-se um crescimento porventura tão mais significativo, se atendermos às circunstâncias da presente crise internacional (SEF, 2009). De qualquer modo, verifica-se que este crescimento se deveu essencialmente à subida dos nacionais do Brasil e Roménia, já que as restantes comunidades mais representativas, em maior ou menor grau, decresceram no ano de 2009. Numa análise da população estrangeira desagregada por género, à semelhança do que vem sucedendo nos anos anteriores, verifica-se que o sexo masculino continua a apresentar os valores mais elevados, mantendo-se uma diferença percentual em cerca de 4% relativamente ao sexo feminino. Os PALOP, com excepção da Guiné Bissau, registam alguma predominância do género feminino. Tal situação poderá justificar-se pelo facto de parte da população masculina, que integrou os primeiros fluxos migratórios, ter já acedido à nacionalidade portuguesa (SEF, 2009).

**Figura 5 - População Estrangeira por Distritos em Portugal (2009)**



Fonte: SEF, 2009

O mapa da figura 5 traduz claramente a dispersão dos estrangeiros por todo o território nacional com uma nítida predominância da ocupação dos distritos do litoral no sentido Sul-Norte, em detrimento dos distritos do interior do país. Esta ocupação territorial mostra a realidade em termos de distribuição geográfica da população portuguesa (SEF, 2009).

### **A recente Imigração em Portugal: a Migração Brasileira**

No artigo resultante da recolha de informação efectuada no gabinete de saúde do Centro Nacional de Apoio ao Imigrante (CNAI) em Lisboa, Bäckstrom *et al* (2009), referem que grande parte da pesquisa e análise existente sobre migrantes, minorias étnicas e saúde debruça-se frequentemente sobre grupos de migrantes que se fixaram em Portugal nas décadas de 70 e 80, após a independência (PALOP). Num período de 20 anos (1981 a 2001), o número de estrangeiros titulares de autorização de residência aumentou mais 6 vezes. Trata-se de uma evolução subestimada, se tivermos em conta a existência dum considerável e indeterminado número de imigrantes irregulares, isto é, sem autorização administrativa de residência. As comunidades mais antigas, originárias dos PALOP, que representavam, em 1997, 60,1% do total de cidadãos não comunitários em situação regular, em 2006 viram o seu peso reduzido para 45,5%, em virtude do

crescimento das novas vagas migratórias provenientes do Brasil, da Europa de Leste (Bäckstrom *et al*, 2009). Entre 1993 e 1995, com as obras para a instalação da Expo 98, surgem os primeiros indícios de que os cidadãos do Leste da Europa se sentem atraídos pelas perspectivas de trabalho abertas em Portugal. Os romenos foram os primeiros a chegar. Em 1996, após a legalização extraordinária, o fluxo migratório acentua-se, agora acrescido de moldavos, ucranianos e demais nacionalidades do leste europeu. (Portella, 2001)

O aumento da relevância e visibilidade que a comunidade brasileira vem assumindo em Portugal reforça a importância de estudos dessa natureza. O número de imigrantes brasileiros legalizados em Portugal aumentou 37% em 2008, 106 mil imigrantes vindos do Brasil representam quase 25% da população estrangeira no país (França, 2010). Num estudo sobre a mulher brasileira e migração, Diniz (2008) afirma que inicialmente a força impulsionadora da imigração era estrutural, e que actualmente a força pertence às redes sociais que continuam e mantêm o fluxo migratório. Recentemente vários estudos abordam a importância cada vez maior da participação feminina no processo transmigratório, pois cada vez mais elas têm ocupado a cabeça do agregado familiar e tornam-se participantes activas das redes sociais, em muitos casos elas iniciam o processo migratório, articulando as redes sociais. Desta forma a migração dentro das redes sociais é vista não como uma decisão racional de um actor social, mas uma estratégia de grupos familiares, de amizade ou vizinhança em que as mulheres se inserem activamente. A decisão de migrar nem sempre é uma aventura para o desconhecido. Através das redes sociais as migrações de longa distância têm sido cada vez mais um local de reunião familiar fora do país emissor. Estas redes têm no papel feminino uma importância cada vez maior, sendo que muitas mulheres são a cabeça do agregado familiar e as que migram primeiro. Pode-se verificar que não é somente o factor económico que contribui para a migração, pois verificamos outros factores responsáveis pela migração, factores estes de ordem subjectiva (Diniz, 2008).

Na investigação realizada por Lisboa (2010) relativa aos fluxos transatlânticos da imigração brasileira em Portugal, afirma que à partida, convém salientar que a emigração brasileira para Portugal teve início nos fins da década de oitenta do século passado. Essa movimentação transatlântica inscrevia-se num contexto histórico caracterizado pela instabilidade económica do Brasil, cujo governo da época era

presidido por José Sarney, e pela subsequente eleição de Fernando Collor de Mello, que em 1992 sofreu um processo de impugnação do mandato político. Em Portugal, a chegada dessa “primeira vaga” de brasileiros prolongou-se até 1996, sendo esse grupo, na sua maioria, composto por pessoas com altas qualificações profissionais e que gozavam de um estatuto socioeconómico relativamente elevado no Brasil (como publicitários, dentistas, técnicos de informática e de telecomunicações). Após a entrada dos cerca de 10.000 cidadãos brasileiros em solo português, o fluxo migratório oriundo desse país cresceu significativamente, configurando o fenómeno da denominada “segunda vaga” da imigração brasileira em Portugal. Diferentemente dos cidadãos emigrados na “primeira vaga”, esses “novos” imigrantes brasileiros apresentavam instrução escolar de, no máximo, nível médio, encontrando-se, pois, susceptíveis a diversos tipos de trabalho no “país irmão”, como atestam os estudos de investigadores brasileiros e portugueses que vêm se debruçando sobre esta temática. Em contrapartida, os brasileiros da “segunda vaga” ocupam o sector secundário do mercado de trabalho português, submetendo-se a deficientes estatutos jurídicos e a precárias condições laborais. Esses sujeitos estão, na sua maioria, recenseados no ramo de serviços, sobretudo comércios e restaurantes, atendendo a uma demanda surgida com o processo de modernização de Portugal, desencadeada após a adesão deste ao bloco económico da União Europeia. Muitos homens e mulheres brasileiros exercem actividades irregulares na construção civil e na prostituição, respectivamente (Lisboa, 2010).

Num estudo recente sobre a Caracterização da Imigração em Portugal, Tavares, (2010), constata que os trabalhadores nacionais rejeitam as fracas recompensas económicas e o baixo estatuto social associado a alguns trabalhos do mercado secundário. Os imigrantes trabalham em sectores de trabalho manual, como a construção civil e, também, em segmentos dos serviços incluindo serviço doméstico e limpeza, assistência a crianças e idosos, serviços de saúde e comércio, hotelaria e restauração. Podem até, por vezes, possuir qualificações mas encontram-se inseridos no mercado de trabalho secundário. Ainda a sublinhar o crescente aumento do número de mulheres entre a população imigrante que em alguns casos chega a ultrapassar o número de homens originário de um dado país como no caso de Angola, Brasil e Cabo-Verde (Tavares, 2010).



No artigo relativo à imigração brasileira em Portugal incluindo a integração das mulheres brasileiras no mercado de trabalho português, França (2010) afirma que o aumento dos fluxos migratórios, juntamente com as mudanças sociopolíticas e económicas ocorridas nas últimas décadas (movimentos feministas, criação de blocos económicos, desenvolvimento e inserção de novas tecnologias no mercado de trabalho) levou a uma reorganização do mundo do trabalho, permitindo actores que anteriormente tinham uma inserção no mercado laboral reduzida – mulheres, imigrantes, jovens – ganhassem visibilidade e uma maior oportunidade de trabalho. No caso das imigrantes trabalhadoras tem-se um grupo duplamente precário. Por um lado, devido à sua condição de imigrante – no caso das brasileiras em Portugal, imigrantes vindas de um país pobre, do sul global. Por outro, por serem mulheres e, portanto, sujeitas aos constrangimentos de uma sociedade sexista e androcêntrica. Actualmente, grande parte das mulheres brasileiras, ao contrário do primeiro fluxo migratório, migra não por motivos de reunificação familiar, mas sozinhas, construindo uma trajectória de imigração pessoal. Contudo, ainda que independentes, muitas dessas mulheres mantêm o compromisso, enviando dinheiro regularmente, com filhos ou pais que permaneceram no Brasil (França, 2010).

### **Políticas integradoras (Plano para a Integração dos Migrantes)**

Em 2007, num esforço de desenvolver e implementar medidas que promovam a integração das populações imigrantes foi criado um Plano para a integração dos Imigrantes (PII) (Dias *et al*, 2009). Este Plano tem como pressuposto a responsabilidade do Estado pela integração dos cidadãos imigrantes, com particular destaque para o reforço da coesão social e uma melhor integração e gestão da diversidade cultural. Este Plano, elaborado através de um trabalho conjunto de todos os ministérios e em colaboração com as organizações da sociedade civil, procura uma maior integração dos imigrantes nas áreas de trabalho, habitação, saúde e educação, realçando a necessidade de perspectivar as questões do racismo e discriminação, igualdade do género e cidadania, tendo como objectivo “um salto qualitativo e eficaz nas políticas de acolhimento e integração dos imigrantes” (Dias *et al*, 2009). Embora se esteja ainda longe do desejável, as medidas apresentadas no Plano Nacional para a Integração de Imigrantes, e o desenvolvimento de acções integradas que envolvem a participação de diversas instituições do sector público, privado e das Organizações Não

Governamentais (ONGs), são reveladoras da importância política atribuída a esta questão e da preocupação em responder positivamente a alguns dos problemas já identificados (Fonseca *et al*, 2009).

O Diário da República, 1.<sup>a</sup> série — N.º 85 — 3 de Maio de 2007 vem então aprovar desta forma o Plano de Integração dos Imigrantes, constando o seguinte:

A par de uma nova Lei da Nacionalidade e da apresentação, na Assembleia da República, de uma proposta de lei relativa ao regime que define as condições e procedimentos de entrada, permanência, saída e afastamento de cidadãos estrangeiros do território português, o Governo apresenta agora o Plano para a Integração dos Imigrantes que define, para o próximo triénio, um roteiro de compromissos concretos que afirma o Estado como o principal aliado da integração dos imigrantes. Este Plano identifica um conjunto de 120 medidas, distribuídas por diversas áreas sectoriais verticais e transversais, que assumem como grande finalidade a plena integração dos imigrantes na sociedade portuguesa e que assentam num conjunto de princípios orientadores, dos quais se destacam, entre outros pontos (CM, 2007):

- Uma visão positiva da imigração, que reconhece o seu contributo económico, social e cultural e assume o compromisso pelo bom acolhimento e pela integração plena das comunidades imigrantes na sociedade portuguesa (CM, 2007);

- Igualdade de oportunidades para todos, com particular expressão na redução das desvantagens no acesso à educação, ao trabalho, à saúde, à habitação e aos direitos sociais, rejeitando qualquer discriminação em função da etnia, nacionalidade, língua, religião ou sexo e combatendo disfunções legais ou administrativas (CM, 2007).

Os Centros Nacionais de Apoio ao Imigrante (CNAI), criados em 2004, destinam-se a providenciar um apoio especializado ao cidadão imigrante, procurando colmatar certas dificuldades e obstáculos que os imigrantes ainda sentem no acesso aos diferentes serviços da sociedade. Actualmente existem três CNAI, em Lisboa, no Porto e em Faro, compostos por diversos gabinetes e instituições. Estão presentes instituições como o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, a Segurança Social, a Autoridade para as Condições no Trabalho, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação. Outros serviços foram criados, como apoio jurídico, apoio ao reagrupamento familiar, apoio

social, apoio à habitação e apoio ao emprego. Todos estes serviços colaboram mutuamente, partilhando um mesmo espaço físico (ACIDI, 2011).

O investimento feito na integração de políticas para os migrantes nos últimos anos tem tido resultados positivos merecedores de atenção. As atitudes públicas relativamente à imigração, como demonstra o Eurobarómetro de 2007 são classificadas como das mais positivas na Europa (classificando Portugal no segundo lugar, entre 25 países da UE) (IOM, 2010). Esse esforço reflecte-se no Índice das Políticas de Integração (MIPEX) publicado em 2007, que coloca Portugal em segundo lugar em termos de boas práticas para cada indicador de política, no âmbito de 28 países (IOM, 2010). Na terceira e mais recente edição do Índice das Políticas de Integração, o MIPEX III de 2011, Portugal continua na segunda posição. Na primeira posição encontra-se a Suécia. O MIPEX integra 31 países que fornecem uma perspectiva das políticas de integração num vasto e diversificado leque de ambientes, nomeadamente: acesso ao mercado de trabalho e reagrupamento familiar; mobilidade no mercado de trabalho e educação; aquisição de nacionalidade, participação política, anti-discriminação, residência de longa duração e condições de residência (MIPEX III, 2011). Muito embora as abordagens nacionais sejam marcadas pelas especificidades inerentes ao próprio país, Portugal tem tentado harmonizar as suas políticas nacionais de imigração e integração com as directivas comunitárias e tem procurado promover e facilitar o acolhimento e integração dos/as imigrantes (Topa, 2010).

## **MIGRAÇÃO E SAÚDE**

O relatório da OIM (2008-2009) sobre a saúde dos migrantes, afirma que a população migrante representa um grupo diverso de pessoas, incluindo os migrantes regulares e irregulares, o tráfico de pessoas, os que procuram asilo, pessoas deslocadas, repatriados, trabalhadores migrantes e migrantes internos. O conceito da OIM relativamente à saúde migratória foca as necessidades físicas, mentais e sociais dos migrantes, bem como a saúde pública dos países que acolhem a população migrante. Com o aumento da mobilidade global, as pessoas viajam rapidamente para um maior número de destinos, tanto na procura melhores oportunidades, como de segurança. Actualmente, a mobilidade humana afecta não apenas as políticas de migração e

desenvolvimento, mas também as questões políticas, como por exemplo, a segurança humana e a saúde pública (OIM, 2008-2009).

O relatório da Organização Mundial da Saúde - WHO (2010) sobre a Saúde dos Migrantes, afirma que à semelhança com as outras populações nacionais, as características de saúde, os indicadores, os resultados e as necessidades dos migrantes não são distribuídas de igual forma por todos. A riqueza, emprego, educação, nutrição e as experiências influenciam a saúde individual e da população. O mesmo acontece para as populações migratórias e comunidades, nas quais as disparidades nos determinantes sociais e económicos de saúde afectam a vulnerabilidade e criam resultados adversos ao nível da saúde (WHO, 2010). Os migrantes viajam com os seus perfis de saúde, valores e crenças, reflectindo o seu *background* socioeconómico e cultural e a prevalência da doença na sua comunidade de origem. Esses perfis e crenças podem ser diferentes da comunidade que os recebe, e podem ter um impacto na saúde e nos serviços dessa comunidade, bem como na saúde e na utilização dos serviços de saúde dos migrantes. Os migrantes podem introduzir condições adquiridas quando voltam ao seu país de origem. Isto não se traduz apenas no contexto das doenças infecciosas, mas também no que diz respeito às doenças não transmissíveis (WHO, 2010).

A autora do estudo sobre a migração e as suas consequências ao nível da saúde Khan (2003), afirma que a relação entre a saúde e a migração podem produzir tanto efeitos positivos como negativos, tanto nos migrantes como no seu entorno familiar. Para que se possa explorar a relação entre migração e saúde é necessário informação sobre o tipo de migração e as razões que levaram a migrar. São inúmeros os factores, nomeadamente: políticos, socioeconómicos, culturais e ambientais. Mas também a prevalência da doença, os estilos de vida e alimentação, as redes sociais, tanto nas comunidades que recebem os migrantes, como nas comunidades que enviam os migrantes (Khan *et al*, 2003). O lado positivo é que uma mudança de emprego pode resultar num aumento do rendimento, melhor nutrição e mais acesso aos cuidados de saúde. O acesso à educação é mais facilitado e de melhor qualidade em zonas desenvolvidas onde existem oportunidades de emprego. Por outro lado, a migração temporária leva à desestruturação familiar, à fragmentação de redes sociais e ao stress psicológico (Khan *et al*, 2003).

Nos últimos anos, os imigrantes tornaram-se um dos principais grupos prioritários para os sistemas de saúde dos Estados-membros da UE. Diversos factores, como sejam níveis socioeconómicos mais baixos, deficientes condições de habitação, rendimentos reduzidos, empregos precários, stress psicológico associado à exclusão social e à ausência de redes de apoio, todos relacionados com a saúde, contribuem para a situação desfavorável deste grupo. As circunstâncias da vida são apenas parte de um quadro mais vasto em que o acesso aos cuidados de saúde é dificultado pela frequente ausência de informação sobre direitos e serviços disponíveis, ou ainda pela falta de sensibilidade e de conhecimento das entidades e dos profissionais prestadores dos serviços. O acesso aos sistemas nacionais de saúde e a obtenção de bons resultados no estado de saúde têm-se tornado indicadores fundamentais da integração dos imigrantes (Fonseca *et al*, 2007).

De facto a população migrante que se desloca para os países industrializados é exposta a diferentes padrões de morbilidade e mortalidade, caracterizados por altas taxas de mortalidade e uma elevada carga de doenças infecto-contagiosas e complicações ao nível da reprodução na mulher (Llácer *et al*, 2007). O género no âmbito dos determinantes é especialmente relevante nos países em desenvolvimento onde a posição social das mulheres coloca-as em grande desvantagem social não só em relação aos homens como às mulheres dos países industrializados. As mulheres têm menos acesso aos direitos básicos, baixo nível de escolaridade e emprego, remuneração mais baixa e menos acesso aos serviços de cuidados de saúde (Llácer *et al*, 2007).

### **Estado de Saúde dos Migrantes**

Segundo a WHO, “saúde” é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade (WHO, 2009a). Em Portugal a temática da saúde e imigração é bastante recente, são escassos os estudos epidemiológicos sobre o seu “estado de saúde”, visto que há ainda um elevado desconhecimento do acesso efectivo dos imigrantes aos cuidados de saúde. Por outro lado, a informação disponível sobre esses trabalhos e os seus resultados, além de limitada, encontra-se dispersa por diferentes instituições ou áreas científicas. Segundo o Quarto Inquérito Nacional de Saúde (2005-2006), os imigrantes apresentam um estado de saúde mais favorável do que os Portugueses (62,8% classificam o seu estado de

saúde como bom ou muito bom); os imigrantes têm menor propensão para a incapacidade física de curta duração; e registam menor prevalência de doenças crónicas (à excepção da asma). Por outro lado, segundo os Profissionais de Saúde, os imigrantes recém-chegados tendem a experimentar problemas de saúde e a ter necessidade de cuidados muito similares à população nativa. Contudo, os imigrantes parecem estar mais susceptíveis a determinados problemas de saúde e comportamentos de risco, nomeadamente gravidez de risco ou precoce, alcoolismo, violência doméstica, comportamentos sexuais de risco, que resultam na aquisição de doenças infecciosas (VIH/SIDA, Tuberculose, Hepatite, etc.) acidentes de trabalho e violência intracomunidade (Estrela, 2009; Fonseca & Silva 2010; Dias *et al*, 2009).

### **Acesso e procura dos serviços de saúde**

O estudo de Scheppers (2006) sobre as potenciais barreiras da utilização dos serviços de saúde junto das minorias étnicas refere que a utilização dos serviços de saúde é definida como o processo de procurar cuidados de saúde profissionais. Cada indivíduo submete-se aos serviços existentes de saúde, com o objectivo de prevenir ou tratar problemas de saúde. Acrescenta ainda, que apesar dos cuidados de saúde serem um direito natural para todos os indivíduos, os pacientes das minorias étnicas enfrentam barreiras na utilização dos serviços de saúde. A sua utilização é inferior quando comparado com os não migrantes.

Segundo a lei, todos os imigrantes têm o direito e o dever de protecção da sua saúde em Portugal (Constituição da República Portuguesa, Lei de Bases da Saúde). A legislação específica contempla o acesso à saúde por parte de todos os imigrantes, independentemente do seu estatuto jurídico, como está contemplado no despacho 25.360/2001 (Bäckstrom *et al*, 2009).

Segundo o Despacho 25.360/2001, do Ministro da Saúde publicado no Diário da República nº286, II Série, de 12 de Dezembro é facultado aos cidadãos estrangeiros que residam legalmente em Portugal o acesso, em igualdade de tratamento ao dos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, aos cuidados de saúde e de assistência medicamentosa prestada pelas instituições e serviços que constituem o SNS. No despacho nº 25.360/2001 está declarado o seguinte:

1- É facultado aos cidadãos estrangeiros que residam legalmente em Portugal, o acesso, em igualdade de tratamento aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, adiante SNS, aos cuidados de saúde e de assistência medicamentosa, prestados pelas instituições e serviços que constituem o SNS (despacho nº 25.360/2001).

2- Para efeitos de obtenção do cartão de utente do SNS, instituído pelo Decreto-Lei n.º 198/95, de 29 de Julho, na redacção que lhe foi dada pelos Decretos-Lei n.º 468/97, de 27 de Fevereiro, e n.º 52/2000, de 7 de Abril, deverão os cidadãos estrangeiros exhibir, perante os serviços de saúde da sua área de residência, o documento comprovativo de autorização de permanência ou de residência, ou visto de trabalho em território nacional, conforme as situações aplicáveis (despacho nº 25.360/2001).

No caso dos imigrantes irregulares o Despacho refere que os cidadãos estrangeiros que não se encontrem numa das situações previstas no número 2 do despacho têm acesso aos serviços e estabelecimentos do SNS, mediante a apresentação junto dos serviços de saúde da sua área de residência de documento comprovativo, emitido pelas juntas de freguesia, nos termos do disposto no art.º 34.º, do Decreto-Lei n.º 135/99, de 22 de Abril, de que se encontram em Portugal há mais de noventa dias (Bäckstrom *et al* 2009). O número 1 do art.º 34.º, do Decreto-Lei n.º 135/99, de 22 de Abril afirma o seguinte:

1 – Os atestados de residência, vida e situação económica dos cidadãos, bem como os termos de identidade e justificação administrativa, passados pelas juntas de freguesia, nos termos das alíneas f) e q) do n.º 1 do artigo 27.º do Decreto-Lei n.º 100/84, de 29 de Março, devem ser emitidos desde que qualquer dos membros do respectivo executivo ou da assembleia de freguesia tenha conhecimento directo dos factos a atestar, ou quando a sua prova seja feita por testemunho oral ou escrito de dois cidadãos eleitores recenseados na freguesia ou, ainda, mediante declaração do próprio (Decreto-Lei n.º 135/99).

Alguns grupos populacionais e determinadas situações clínicas estão isentos de pagamentos: as doenças transmissíveis, tais como o VIH/SIDA ou a tuberculose, mulheres grávidas ou que se encontrem nos 60 dias após o parto, crianças até aos doze anos, beneficiários da segurança social e indivíduos desempregados inscritos num centro de emprego. As pessoas com estatuto de asilado e os refugiados têm direito a

receber assistência médica e quando recebem uma autorização de residência adquirem direitos idênticos aos cidadãos portugueses. Se lhes for negada assistência médica em algum estabelecimento público de saúde devem reportar essa ocorrência ao Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI), na medida em que a recusa de tratamento médico é punível ao abrigo da lei portuguesa anti-discriminação. Outros países europeus, como o Reino Unido e a Holanda, além de garantirem a igualdade de direitos aos imigrantes e aos cidadãos nacionais no acesso aos cuidados de saúde, dispõem também de iniciativas específicas para os imigrantes, aspecto que está ausente em Portugal (Fonseca *et al*, 2007). Não são só as questões burocráticas imediatamente ligadas ao acesso, mas também os receios ligados à obrigatoriedade de expor a funcionários governamentais a eventual ausência de documentos de residência (indispensáveis à obtenção do cartão de utente e inscrição em lista de utentes de médico de família no centro de saúde, mas menosprezados pelas equipas das urgências hospitalares) e as dificuldades de comunicação associadas ao atendimento em centros de saúde, facto também apontado noutros estudos (Gonçalves *et al*, 2003).

Na investigação sobre a saúde dos imigrantes brasileiros em Portugal, Coutinho & Oliveira (2010) referem que a partir dos resultados encontrados no âmbito da procura de serviços de saúde, existe uma associação entre aqueles que se encontram em situação de ilegalidade e a ausência de comportamento na procura desses serviços. Aqui estão inseridos os jovens que chegaram há menos tempo a Portugal. Isto sugere a formação de um grupo caracterizado por qualificações inferiores para o mercado de trabalho, com funções maioritariamente no sector primário, expectativas menos promissoras no país acolhedor e com uma integração mais difícil. Outro estudo recente sobre o acesso aos serviços de saúde por parte dos migrantes em Portugal, Dias *et al* (2011) revela que em relação aos migrantes brasileiros e aos do Leste Europeu, os africanos utilizaram mais o serviço nacional de saúde, provavelmente por residirem em Portugal há mais tempo. No entanto, a não utilização dos serviços de saúde pelos migrantes mais recentes no país, está parcialmente relacionada com a falta de conhecimento relativa ao funcionamento do serviço nacional de saúde, bem como dos direitos à saúde previstos pela lei Portuguesa Dias *et al* (2011). Uma outra investigação reforça igualmente a presença mais assídua dos migrantes dos PALOP junto dos serviços de saúde Fonseca *et al* (2007) nomeadamente nos centros de saúde e na consulta do médico de família (63,6%).



Acrescentando que os migrantes mais recentemente chegados ao país recorrem ao Serviço Nacional de Saúde sobretudo em casos de urgência e, por isso, há muitos que praticam a automedicação ou dirigem-se apenas à farmácia

De acordo com a legislação actual, as pessoas que não têm o cartão de utente do sistema nacional de saúde (aqueles que não têm residência ou um visto de trabalho) ou que não pagam a segurança social, devem pagar de acordo com as tabelas em vigor as despesas dos serviços (Dias & Severo, 2008 & Circular Informativa nº14/DSPCS, 2002). Exceptuando se alguém do agregado familiar efectuar descontos; se se encontrar numa situação de exclusão social ou de carência económica ou se necessitar de prestação de cuidados de saúde e encontrar-se numa situação que põe em perigo a saúde pública.(Circular Informativa nº14/DSPCS, 2002) No acesso aos cuidados de saúde, muitas vezes são impostas restrições aos imigrantes devido à sua situação irregular (Fonseca & Silva 2010). Os profissionais dos serviços de saúde apresentam, frequentemente, um limitado conhecimento do quadro legal do acesso aos cuidados de saúde ou da sua aplicabilidade, o que pode resultar na exclusão das comunidades imigrantes do sistema de saúde (Dias *et al* 2009). Segundo a literatura, os profissionais de saúde em Portugal, por não terem uma formação específica numa área diversificada e multicultural, acabam por ter uma abordagem menos adequada a esta população específica. No artigo sobre a Saúde dos Imigrantes em Portugal, Estrela (2009) defende que os profissionais dos Cuidados de Saúde Primários (pela maior proximidade em relação às populações) deveriam ser formados com um modelo de actuação bio-psico-socio-cultural, uma vez que se poderão aperceber mais facilmente das interações complexas existentes entre os componentes físico, psicológico e social da doença e da importância que os aspectos culturais têm nas atitudes e comportamentos dos indivíduos, como resposta à sua situação de saúde ou de doença.

### **Factores que causam impacto na saúde dos migrantes**

Os factores estruturais e ambientais têm uma influência na vulnerabilidade dos migrantes. Os migrantes encontram-se longe das famílias e das suas casas por longos períodos de tempo, podendo levar ao isolamento, ansiedade e perda da rede de suporte familiar e social. Os estudos demonstram igualmente que os migrantes têm um fraco acesso aos serviços de saúde de prevenção, por não utilizarem os cuidados de saúde e

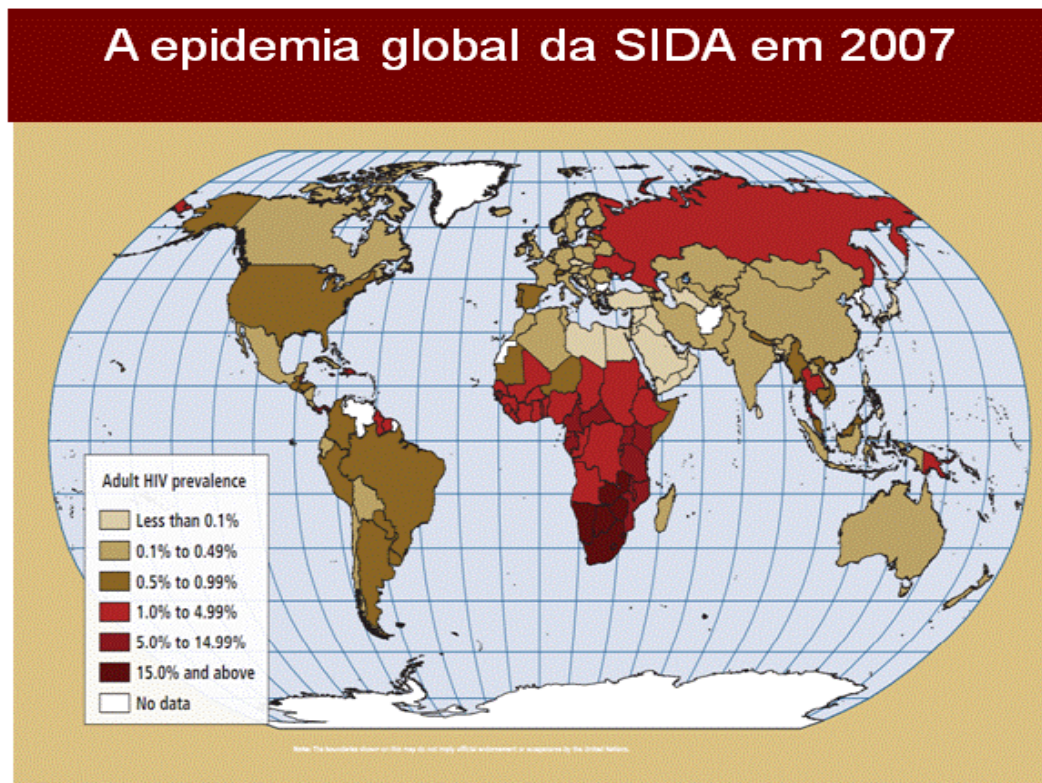
não terem seguro de saúde. Os factores culturais e sociais contribuem igualmente para a vulnerabilidade dos comportamentos de risco. Nomeadamente no caso dos Migrantes Mexicanos, quando emigram para os EUA, encontram uma cultura mais permissiva no que diz respeito aos comportamentos sexuais e consumo de drogas, especificamente no local onde vivem e trabalham (Magis – Rodriguez *et al*, 2009). Segundo Estrela (2009) existem vários factores paralelos que influenciam os imigrantes que condicionam negativamente a utilização dos serviços de saúde disponíveis, como por exemplo: desconhecimento das formalidades burocráticas (por falta de informação); dificuldade na compreensão/utilização da língua do país anfitrião (para ultrapassar as formalidades administrativas); ausência de indivíduos com competências na área da língua materna destas populações para servirem de mediadores (para melhorar a comunicação com os técnicos de saúde); falta de hábitos de utilização de serviços de saúde (porque inexistentes, escassos ou de má qualidade no país de origem); estabelecimento de uma má relação interpessoal com os profissionais de saúde (por dificuldades de comunicação) e a situação de clandestinidade (por temor de ser denunciado).

## **MIGRAÇÃO E INFECÇÃO VIH/SIDA**

### **Infecção VIH/SIDA (contexto internacional)**

Em 2001, a Declaração de Compromisso sobre o VIH/SIDA e a Declaração Política sobre o VIH/SIDA de 2006 adoptada na Assembleia Geral das Nações Unidas são as linhas orientadoras à resposta global sobre a SIDA. O propósito é a conjugação de esforços para que se atinja o acesso universal à prevenção, tratamento, cuidados e apoio de forma abrangente em 2010, para se deter e reverter a epidemia em 2015 (UN, 2010a). Portugal e cerca de 181 países aderiram à Declaração de Compromisso. Em 2009, cerca de 90% dos governos afirmaram que a epidemia do VIH/SIDA é considerada uma grande preocupação e muitos destes governos implementaram medidas neste sentido. Estas medidas incluem rastreio frequente de sangue em *stock* para o VIH; campanhas de informação, educação e comunicação (IEC) relativas à prevenção e tratamento do VIH/SIDA; programas de distribuição de preservativos; fornecer tratamento anti-retroviral subsidiado ou gratuito (ART); e a adopção de legislação para proteger contra a discriminação ao VIH/SIDA (UNGASS, 2010).

**Figura 6 - A população e o VIH/SIDA – 2007**

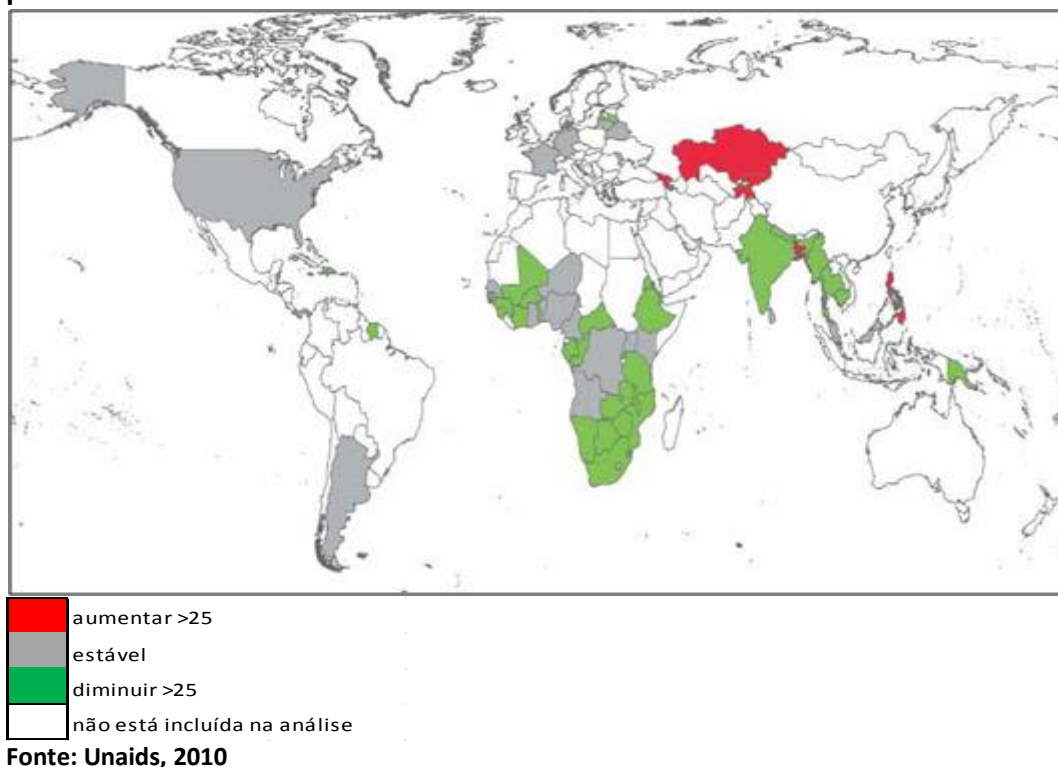


**Fonte: United Nations, (2010b)**

O aumento da epidemia da SIDA ao nível global parece ter estabilizado. O número anual das novas infecções de VIH tem entrado num declínio estável desde o final dos anos 90, havendo poucos óbitos relacionadas com a epidemia, devido ao aumento do tratamento anti-retroviral nos últimos anos (UNAIDS, 2010). Apesar do número das novas infecções ter diminuído, ainda têm um nível elevado. De salientar que apesar de uma redução significativa na mortalidade, o número de pessoas vivendo com VIH/SIDA ao nível mundial tem aumentado (UNAIDS, 2010). Em 2009, estimou-se cerca de 2.6 milhões de pessoas com novas infecções de VIH. Comparando com 1999, este número representa cerca de um quinto (19%) de redução (2.9 a 3.4 milhões) de pessoas infectadas com VIH. Em 33 países, a incidência do VIH caiu em cerca de 25% entre 2001 e 2009. Destes países, 22 pertencem à região da África-subsaariana, onde a maioria de novas infecções continuam a ocorrer, com cerca de 1.8 milhões de pessoas infectadas em 2009, mas um número que diminuiu ao comparar-se com o ano de 2001, o qual registava cerca de 2.2 milhões de pessoas infectadas (UNAIDS, 2010). Em 2009, estimou-se 11.200 novas infecções do VIH entre as mulheres nos EUA (CDC, 2011). As mulheres representavam cerca de 51% da população americana e cerca

de 23% de novas infecções. Nesse mesmo ano, o número total de novas infecções nas mulheres, 57% eram mulheres negras e 21% em mulheres brancas. São vários os motivos que afectam desproporcionalmente estas mulheres, nomeadamente desconhecerem os factores de risco da infecção do VIH associados ao seu parceiro; fraco conhecimento e percepção do risco sobre a doença; a não utilização de preservativo devido ao receio de abandono ou de abuso físico por parte do seu parceiro (CDC, 2011). Os factores socioeconómicos associados à pobreza, incluindo os cuidados de saúde de qualidade, a troca de sexo por drogas e consumo de drogas podem directa ou indirectamente aumentar os factores de risco relacionados com a doença (CDC, 2011).

**Figura 7 - Alterações na taxa de incidência da infecção do VIH, de 2001 a 2009 nos países seleccionados**




O mapa da figura 7 inclui 60 países nos quais foram efectuadas estimativas de novas incidências do VIH a partir da estimativa específica de cada país utilizando as ferramentas EPP/Spectrum. Nalguns países com epidemias complexas incluindo os grupos populacionais com diferentes comportamentos de risco bem como com grandes diferenças geográficas, como o Brasil, China e a Federação Russa, este tipo de

avaliação é altamente complexa e não foi possível efectuar a sua conclusão nas estimativas de 2010 (UNAIDS, 2010).

Algumas regiões e países não se enquadram na tendência global. Na Europa Ocidental, Central e de Leste, na Ásia Central e na América do Norte, as taxas anuais de novas infecções do VIH estabilizaram nos últimos cinco anos. No entanto, em diversos países de alta renda, há evidência relativa ao reaparecimento do VIH dos homens que têm sexo com homens. Na Europa de Leste e na Ásia Central, as elevadas taxas de transmissão continuam a ocorrer em redes de pessoas que injectam drogas e nos seus parceiros sexuais (UNAIDS, 2010).

**Figura 8 - Infecções VIH diagnosticadas em 2009, Região da Europa WHO. Características dos casos**

	Região Europeia da OMS*	Ocidental*	Centro*	Oriental
Número dos casos de VIH	53 427	24 703	1 612	27 112
Taxa por cada 100 000 pessoas	8.5	6.7	1.4	18.9
Percentagem de casos**				
Faixa etária dos 15-24 anos	12.2%	9.8%	18.9%	14.0%
Mulheres	34.7%	28.4%	19.9%	41.4%
Modo de Transmissão***				
Hetero sexual	42.7%	25%***	24.0%	45.9%
Homens que têm sexo com homens	18.1%	36.6%	29.5%	0.6%
Utilizadores de drogas injectáveis	22.0%	3.9%	8.0%	39.4%
Desconhecido	15.9%	18.1%	37.2%	12.7%



ECDC  
EUROPEAN CENTRE FOR  
DISEASE PREVENTION  
AND CONTROL

\*Não existem dados na área Ocidental: Áustria, Liechtenstein, Monaco; Centro: Turquia; Oriental: Rússia  
 \*\* Os casos onde se desconheçam a idade/género são excluídos das percentagens  
 \*\*\* Exclui indivíduos de outros países com epidemias generalizadas

Fonte: ECDC, 2009

As conclusões do relatório de vigilância do VIH/SIDA na Europa da ECDC incidem no facto de que a infecção do VIH tem uma importância ao nível da saúde pública na Europa, com evidência de uma transmissão contínua, não apresentando sinais de diminuição da pandemia (ECDC, WHO, 2009a). Há vários países na Europa com migrantes vivendo com VIH. Na Europa Central, cerca de metade da taxa de incidência relativa ao VIH são de transmissão heterossexual, com muitas destas pessoas a serem infectadas no estrangeiro (sobretudo nos países pertencentes à África subsaariana, Caraíbas e Pacífico). Ainda na Europa, em 2007 o Reino Unido, cerca de 44% das incidências relativas ao VIH era proveniente do estrangeiro, dos países pertencentes à África subsaariana. Em 2007, na Europa, em geral quase uma em cada cinco pessoas

(17%) diagnosticadas com HIV pela primeira vez era proveniente de países cuja prevalência de VIH/SIDA é elevada (UNAIDS, 2010).

### **Infecção VIH/SIDA (contexto nacional)**

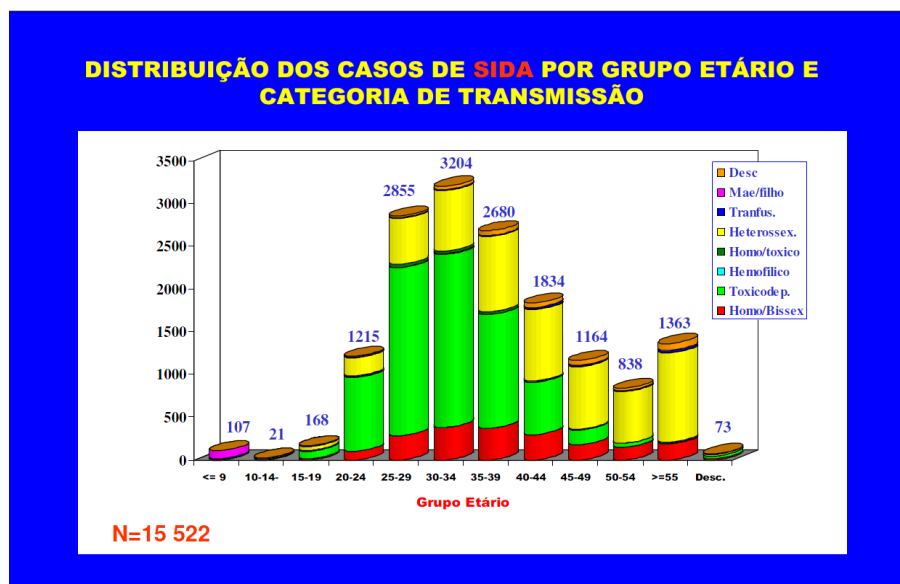
A Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA (CNIVIH/SIDA) conjuntamente com diversas entidades e individualidades elaboram de 3 em 3 anos o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção do VIH/SIDA. O último programa é referente a 2007-2010, CNIVIH/SIDA (2007) constata que em Portugal, desde a identificação dos primeiros casos, a prevenção da infecção, em todas as suas dimensões, tem-se revelado um desafio extraordinário: os indicadores epidemiológicos e sociais deixam a sociedade portuguesa em preocupante lugar na hierarquia dos países da Europa ocidental, exigindo respostas integradas e eficazes. A infecção por VIH foi, assim, considerada no Programa do XVII Governo Constitucional uma área de actuação prioritária e dessa forma encontra-se inscrita no Plano Nacional de Saúde. Esta opção reconhece os elevados impactos sociais e económicos da infecção sobre cada indivíduo, a sua família e a sociedade, e assume que só uma política pública coerente pode ser eficaz na redução da transmissão da infecção e na mitigação do seu impacto (CNIVIH/SIDA, 2007).

O facto da epidemia em Portugal ser do tipo concentrado faz com que a intervenção junto das populações com prevalência elevada – caracterizadas por uma exposição mais intensa e mais frequente, e por maior dificuldade de acesso a meios preventivos – constitua uma prioridade na área da prevenção (CNIVIH/SIDA, 2007). A epidemia concentrada é definida como aquela cuja prevalência é maior do que 5% em pelo menos um grupo específico da população, mas não na população em geral (WHO Europe, 2009). Pela sua dimensão e importância em termos da dinâmica da infecção, interessa considerar os jovens (escolarizados ou não), as mulheres, os intervenientes em práticas de sexo comercial, os utilizadores de drogas, os reclusos, os migrantes, as minorias étnicas, as populações móveis (e.g. camionistas, militares) e as minorias sexuais (CNIVIH/SIDA, 2007).

Portugal não tem dados sobre a incidência e prevalência do VIH/SIDA da população migrante. No entanto segundo a ECDC (2010), Portugal é o país com mais incidência do VIH na Europa, com mais de 200 casos num milhão de pessoas. A

proporção de casos de infecção nos migrantes representa cerca de 20% em Portugal. Segundo a CNIVIH/SIDA (2007) em Portugal, permanecem escassos, os dados disponíveis sobre a infecção e seus determinantes estão dispersos pelos diversos níveis do sistema de saúde, a sua recolha nem sempre obedece a critérios uniformes e concordantes com os padrões internacionalmente definidos, resultando pouco fiáveis. A informação sobre os conhecimentos, atitudes e comportamentos da população geral, dos seus estratos e de populações mais vulneráveis, constitui um importante instrumento para a decisão informada e adequado planeamento das estratégias de prevenção (CNIVIH/SIDA, 2007). No que diz respeito às informações sobre a infecção VIH/SIDA referentes ao ano de 2009, nomeadamente a 31 de Dezembro do mesmo ano, encontravam-se notificados 37 201 casos de infecção VIH/SIDA nos diferentes estadios de infecção (INSA, 2009a). Considera-se que são medidas urgentes, dada a situação epidemiológica registada no país (INSA, 2009a), que o actual sistema de vigilância epidemiológica para a infecção do VIH/SIDA (considerada patologia de declaração obrigatória desde 2005) e todas as alterações do sistema permitam corresponder aos requisitos nacionais e internacionais, com fiabilidade, exaustividade e assegurando a confidencialidade da informação (INSA, 2009a).

**Figura 9 - Distribuição de Casos de SIDA por Grupo etário e categoria de transmissão**



Fonte: INSA (2009b)

Na figura 9 acima, pode-se constatar que a distribuição relativa aos casos de SIDA por Grupo etário incide sobretudo nas faixas etárias dos 25 aos 39 anos de idade,

sendo que as categorias de transmissão em maior número são dos toxicodependentes, seguida dos heterossexuais.

### **Mobilidade e VIH**

Persiste o mito de que os migrantes trazem o VIH quando entram noutros países (IOM, 2008-2009). No entanto, a evidência responde de outra forma, sugerindo que os migrantes são mais vulneráveis do que as populações locais (IOM, 2008-2009). Muitos dos factores subjacentes que sustentam a mobilidade, como a distribuição desigual de recursos, o desemprego, a instabilidade socioeconómica e a instabilidade política, são determinantes de um aumento do risco dos migrantes e das suas famílias face à infecção do VIH. Os migrantes nos sectores da economia não regulamentada e informal são particularmente vulneráveis à exploração, abuso e violência sexual. Os migrantes têm escassez de informação sobre o acesso, a prevenção do VIH e quais os serviços relacionados (IOM, 2008-2009). As mulheres, em particular, enfrentam diversas vulnerabilidades e na discriminação baseada no género em todas as fases do processo de migração, em especial no país de destino e na comunidade (IOM, 2008-2009). A maior parte dos países tem planos e estratégias nacionais relacionados com o VIH. No entanto, muitas vezes não se incluem nesses planos medidas específicas que garantam o acesso à informação e a serviços relativos ao VIH (IOM, 2008-2009).

Segundo o relatório da ECDC (2009b) sobre a saúde dos migrantes e as doenças infecciosas, o VIH é uma questão de saúde muito séria nos países da União Europeia. A migração é um factor de influência da epidemiologia do VIH na Europa. Em 2005, na Europa Ocidental 46% de todos os casos de infecção de VIH, cuja transmissão foi heterossexual, envolviam migrantes provenientes de países com altas prevalências de VIH. No Reino Unido cerca de 70% da incidência do VIH provem dos migrantes, 90% dos casos são migrantes da África subsaariana.

A mobilidade da população contribui para a disseminação da infecção, tal como evidencia o artigo sobre a Migração e VIH de Thiam *et al* (2003) sobre os Senegaleses do Norte do país, o qual constata que os Senegaleses (homens) do norte do país migram cada vez mais para os grandes centros urbanos dentro e fora do país. À medida que emigram para países onde o VIH é endémico, aumentam as infecções associadas à migração, frequentemente em contextos de pobreza, visto que os Senegaleses não têm



autorização para ficar no país de destino. Os trabalhadores irregulares constituem um dos grupos mais vulneráveis à infecção do VIH, devido ao seu receio de serem deportados, logo evitam o contacto com as autoridades oficiais do Governo e têm pouco acesso à informação e aos serviços de saúde e bem-estar público.

## **Factores que contribuem para a Vulnerabilidade ao VIH**

### **A Vulnerabilidade do Migrante**

Vários estudos sugerem que factores como o género, idade, etnicidade, normas culturais e estatuto sociocultural e económico determinam, directa ou indirectamente, quem é mais vulnerável à infecção por VIH, quais as oportunidades de prevenção e os obstáculos à diminuição dos comportamentos de risco de infecção (Dias & Matos, 2002). A epidemia global é caracterizada pela combinação de factores socioeconómicos e pessoais. Os determinantes pessoais referem-se a factores nos quais o indivíduo é o responsável directo pelo comportamento pessoal, bem como a um comportamento de risco, atitudes e respostas ao vírus (Motsukunyane, 2009) Para melhor compreender o comportamento da população migrante e para perceber os seus conhecimentos sobre o VIH/SIDA, importa ter um conhecimento prévio que estes têm no seu país de origem (fala-se dos brasileiros). No estudo sobre os factores socioeconómicos, demográficos e comportamentais que influenciam no conhecimento sobre o VIH/SIDA, Irifii & Soares (2010) frisam que ao considerar os factores socioeconómicos, os indivíduos mais experientes (com mais idade), com melhor nível educacional, e de classe económica mais elevada têm uma qualidade de informação sobre as formas de prevenção da SIDA significativamente maior que aqueles menos dotados destas qualidades. Verificou-se igualmente que tanto as pessoas solteiras (independentemente da sua orientação sexual), como aquelas com orientação homossexual/bissexual possuem um nível de conhecimento sobre a SIDA inferior ao das pessoas casadas e mulheres heterossexuais, respectivamente (Irifii *et al*, 2010). Estas últimas mostraram-se também significativamente mais conhecedoras da doença que os homens heterossexuais. Se considerar que pessoas solteiras e/ou com orientação homossexual/bissexual possam ter um comportamento sexual mais arriscado, a falta de

“melhor” informação pode não apenas aumentar a possibilidade de contágio, mas também multiplicá-la devido ao efeito de externalidade (Irfii *et al*, 2010).

Quando se fala em comportamento de risco relativamente ao VIH/SIDA, fala-se de comportamento que aumenta a hipótese de contracção do vírus do VIH. Este tipo de comportamento compreende a utilização de seringas, ter múltiplos parceiros sexuais não utilizando protecção sexual, bem como o sexo comercial desprotegido (Motsukunyane, 2009). De acordo com Campbell (1997) as razões pelas quais as pessoas têm um nível alto de comportamento de risco estão relacionadas com as suas identidades sociais, e com as condições sociais, no âmbito das quais essas identidades são construídas. Como tal, a utilização ou a não-utilização do preservativo, nunca pode ser compreendida, sem levar em conta o contexto. Os Contextos social e cultural são importantes, na medida em que ajudam a perceber os comportamentos. Os homens vêem a sua virilidade comprometida pela utilização de preservativos e as mulheres relutantes em insistir no seu uso (Campbell, 1997). Em determinados contextos ou ambientes sociais que não promovem a utilização de preservativo, dizer às pessoas para utilizá-los, terá pouco efeito, porque os mesmos contextos sociais actuam como barreiras na utilização do preservativo, e tornam a negociação da utilização do preservativo muito difícil e complexa (Campbell, 1997). Também Magis-Rodriguez *et al* (2009) partilha da mesma opinião frisando que outros factores associados à vulnerabilidade são a transmissão de conhecimento e a utilização de preservativo. No seu estudo já abordado anteriormente com migrantes Mexicanos nos EUA, demonstra que os factores ambientais e estruturais influenciam e delineiam a vulnerabilidade destes migrantes, para que tenham comportamentos sexuais de risco. Estão longe da família e de casa por longo período de tempo, o que pode levar ao isolamento, à ansiedade e à perda de redes de apoio social ou familiar, levando-os a procurar parceiros sexuais ocasionais (Magis-Rodriguez *et al*, 2009).

As intervenções de impacto direccionadas à prevenção do VIH/SIDA incidem, sobretudo em zonas do globo onde é urgente reduzir a prevalência e evitar a incidência do VIH/SIDA. Algumas das intervenções lançadas tiveram lugar há mais de 10 anos, nomeadamente no ano de 1998, no Simpósio sobre “Populações Móveis e VIH” na 12ª Conferência Internacional sobre VIH/SIDA, em Genebra (Wolffers & Painter 2002).

Nesse sentido, o relatório da UNFPA-IOM (2006) relativo às mulheres migrantes constata que está a aumentar a evidência de que a migração pode afectar adversamente a saúde dos migrantes. Tanto as mulheres como os homens estão em risco, mas devido a razões sociais e biológicas, as mulheres correm mais riscos do que os homens em termos de resultados adversos. Não é ainda claro até que ponto as condições sociais e económicas à volta da questão da migração podem afectar as infecções sexualmente transmissíveis como o VIH/SIDA, mas muitas mulheres migrantes encontram-se em situações nas quais são incapazes de negociar formas de evitar a exposição à infecção. Segundo o artigo de Gupta (2000) apresentado na XIIª conferência internacional sobre a SIDA em Durban, a vulnerabilidade do Homem está relacionada não só pelo desequilíbrio na relação de género, como também pelo seu grande poder, nomeadamente as normas predominantes de masculinidade assentam no facto de que o homem tenha mais experiência e conhecimento sobre o sexo, especialmente os jovens com risco de infecção, sobretudo porque essas normas impedem os de procurar informação ou admitir a sua falta de conhecimento sobre sexo ou protecção, coagindo-os a terem sexo não protegido numa idade prematura a fim de provar a sua masculinidade.

No que diz respeito à vulnerabilidade da Mulher, o relatório da WHO (2009b) relativo à mulher e à saúde, frisa que a mulher é uma combinação de factores biológicos e desigualdade de género, face à infecção do VIH. Alguns estudos demonstram que as mulheres têm mais probabilidade do que os homens de contrair VIH de um parceiro infectado durante uma relação sexual não protegida (WHO, 2009b). O risco (devido às diferenças biológicas) é agravado em culturas que limitam o conhecimento à mulher sobre o VIH e a sua capacidade de negociar sexo seguro. O estigma, a violência dos parceiros e a violência sexual aumentam a vulnerabilidade da mulher. O número de jovens mulheres que tem conhecimento de que o preservativo pode proteger do VIH é inferior ao número de homens jovens (WHO, 2009b). Para além disso, embora as mulheres afirmem utilizar o preservativo na relação sexual de risco, é menos provável que se protejam relativamente aos homens (WHO, 2009b).

Segundo a investigação Bowleg *et al* (2000) existe uma maior prevalência do VIH/SIDA nas populações que pertencem a países em desenvolvimento, visto que no estudo com amostras de mulheres destes países, uma mulher que tenha uma relação

exclusiva e de compromisso com um parceiro não infectado, não será exposta ao vírus, independentemente do seu papel relativamente ao género ou estratégias de poder. Ela não precisa de fazer nada para se proteger de contrair o vírus do seu parceiro. Pelo contrário, uma amostra de mulheres solteiras e activas poderá mostrar que estão mais motivadas para se protegerem do vírus (Bowleg *et al*, 2000). Significa que é importante compreender neste contexto, qual o estatuto existente na relação da mulher/homem. Para explicar a relação entre as Infecções sexualmente transmissíveis (IST) com a infecção do VIH/SIDA na investigação que realizou sobre o tema, Brady (2006) aponta que ambas epidemias partilham da mesma via de transmissão: o sexo desprotegido. Partilham igualmente do mesmo desequilíbrio de poder subjacente entre homens e mulheres nas famílias, na educação, no mercado de trabalho e na sociedade civil. Desequilíbrio que está na base de ambas as epidemias. No entanto, são distintas do ponto de vista epidemiológico e geográfico. Segundo Brady (2006), devido às diferenças nos índices de prevalência e incidência, nem todos correm o mesmo risco de IST curáveis e VIH.

### **Diversos estudos sobre os Conhecimentos, as Atitudes e as Práticas do VIH**

Os estudos sobre os conhecimentos, atitudes e práticas ajudam a compreender como é que uma determinada população vive. Viver tem uma conotação muito mais profunda, uma vez que já se verificou que a infecção do VIH/SIDA tem inúmeros factores subjacentes, o que torna também mais complexo e interessante todo o processo relacionado com a epidemia. Pretende-se aqui integrar vários estudos CAP de países europeus e não europeus, incluindo Portugal. São estudos no âmbito das comunidades migrantes e descrevem os conhecimentos, atitudes e comportamentos destes face à sua comunidade e à comunidade de destino.

O estudo CAP face ao VIH numa comunidade de migrante de Dias *et al* (2002) constata que existe um elevado desconhecimento, por parte das comunidades imigrantes, sobre os métodos contraceptivos, mas que, muitos dos comportamentos de risco e das escolhas que se fazem, advêm, acima de tudo, de constrangimentos sociais (no contexto familiar, médico ou entre pares), de crenças e valores culturais existentes quer na sociedade de origem quer de acolhimento e até de conflitos pessoais. As

questões culturais e identitárias desempenham um papel central no estado de saúde dos imigrantes e no uso dos serviços de saúde. O uso da medicina tradicional/popular e a consulta de curandeiros, amigos e familiares para resolver problemas de saúde é também uma prática recorrente em alguns segmentos da população residente em Portugal, sobretudo entre alguns grupos de imigrantes como os africanos e europeus de leste. O estudo CAP realizado na Dinamarca a dois grupos de nacionalidades distintas de migrantes africanos, Lazarus *et al* (2006) revela que os factores sociodemográficos estão relacionados com o conhecimento do VIH/SIDA, nomeadamente a escolaridade e o sexo. A utilização do preservativo é baixa entre as mulheres com um nível baixo de escolaridade, e os homens têm uma atitude negativa quanto à sua utilização. Na Croácia mais de metade de todos os casos de VIH/SIDA estão relacionados com a população de migrantes (marinheiros e construtores) Croatas. De acordo com a sua experiência migratória, estes homens adoptaram uma cultura sexual híbrida, uma vez que em casa tinham (um parceiro) e outro parceiro quando estavam fora do país. Se as comunidades forem diferentes (sociedade Croata e a sociedade de destino) no sentido da permissividade sexual e do controlo social, o comportamento dos migrantes é considerado arriscado (Stulhofer *et al*, 2006). Motsukunyane (2009) constata que a cultura poligâmica em muitos países Africanos, Asiáticos e Sul-americanos motivam os homens a ter mais do que um parceiro sexual. Inicialmente, a poligamia permitia ao homem ter mais do que uma mulher, mas recentemente a poligamia tem sido interpretada permitindo ter mais do que um parceiro sexual. Desta forma, os homens são encorajados a ter mais do que um parceiro sexual porque é uma prática que não é condenada pela sociedade e também culturalmente aceite (Motsukunyane, 2009).

Numa comunidade da Etiópia, Negash (2003) refere que os respondentes afirmaram ter ouvido falar do VIH/SIDA através da comunicação social, a qual nem todos têm acesso. Existe pouco conhecimento sobre a forma de transmissão vertical. As práticas de sexo protegido são inferiores ao conhecimento sobre a prevenção e a transmissão. A promoção para a saúde pode ser disseminada em encontros sociais ou em cerimónias religiosas. Os homens têm uma taxa de contacto sexual mais elevada e mais regular com um parceiro ocasional no último ano e simultaneamente utilizam com mais frequência o preservativo do que as mulheres. Apesar da existente dissociação entre o conhecimento e a utilização do preservativo, é interessante observar a relação

paralela entre a utilização do preservativo e sexo com um parceiro ocasional quando se agrupa por género. A discrepância entre a alta taxa de utilização do preservativo e a alta taxa de IST nos homens e mulheres deve-se à falha de utilização consistente e adequada (Negash, 2003).

Os estudos CAP apresentados acima têm em comum uma população com contornos muito específicos. Apesar das realidades serem distintas, devido aos factores que têm impacto na saúde dos migrantes variarem de acordo com cada país, os resultados não variam muito de país para país, no que diz respeito à resposta relativa aos conhecimentos e comportamentos das populações migrantes.

## **QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJECTIVOS**

A questão de investigação que se levanta a partir do precedente enquadramento teórico é a seguinte:

**Quais são os conhecimentos e comportamentos no âmbito da infecção do VIH/SIDA em populações migrantes?**

Os objectivos geral e específicos são:

### **Objectivo geral:**

- Identificar os conhecimentos e comportamentos dos migrantes face à infecção do VIH/SIDA.

### **Objectivos específicos:**

- Descrever as diferenças de acordo com a origem dos migrantes relativamente aos conhecimentos e comportamentos face à infecção do VIH/SIDA.
- Analisar as diferenças de género nos conhecimentos e comportamentos nos migrantes africanos e brasileiros face à infecção do VIH/SIDA.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

### **TIPO DE ESTUDO**

De acordo com a literatura relativa aos tipos de estudo, o presente estudo é descritivo, observacional e transversal (Last, 2006). É um estudo descritivo que apenas planeia descrever a distribuição existente de variáveis, sem preocupação de hipóteses causais e outras, ao contrário dos estudos analíticos (Last, 2006). Um estudo transversal é a parte mais simples da variedade da epidemiologia descritiva e observacional, o qual pode ser conduzido através de amostras representativas da população. É um método útil para reunir informação sobre determinados aspectos relacionados com a saúde e com os conhecimentos, atitudes e práticas dessas pessoas, mais conhecidos como os estudos CAP (Conhecimentos, atitudes e práticas) (Last, 2006). Os estudos CAP permitem uma compreensão do comportamento da população, sem necessariamente relacionar com um resultado de saúde (Last, 2006). Este estudo utiliza uma abordagem quantitativa. O método quantitativo utiliza a linguagem dos números em oposição à linguagem das palavras (Murteira, 1993). Esta investigação descreve através de um questionário, quais os conhecimentos e comportamentos da população amostral em relação ao VIH/SIDA. Pretende-se identificar e descrever através da amostra deste estudo CAP, a população migrante africana e brasileira sem extrapolação para o universo, contribuindo para que haja mais conhecimento científico na área dos migrantes e do VIH/SIDA.

### **POPULAÇÃO E AMOSTRA**

No ano de 2009, durante o período de um mês, a equipa de investigação, no âmbito de um projecto da Unidade de Ensino e Investigação de Saúde Internacional e Bioestatística do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), esteve no Centro Nacional de Apoio ao Imigrante (CNAI), em Lisboa. Nesse período foi solicitando/convidando os imigrantes que recorriam ao CNAI (migrantes regulares e irregulares) a sua participação no estudo. A população desta investigação são Imigrantes de 1ª e 2ª geração com idade igual ou superior a 18 anos residentes na região de Lisboa e Vale do Tejo.



### **Os critérios de inclusão na amostra considerados para este estudo são:**

- ser Africano de Países Africanos de Língua Oficial portuguesa (PALOP) ou Brasileiro;
- com idade igual ou superior a 18 anos;
- residentes na região de Lisboa e Vale do Tejo.

### **PROCEDIMENTOS**

Realizou-se um Pré-teste do questionário, o qual foi aplicado às comunidades migrantes, a fim de avaliar se o questionário estava adaptado à população em causa. O objectivo do pré-teste foi o de seleccionar as melhores perguntas para serem incluídas na versão final do questionário que se pretendia utilizar na investigação principal (Hill & Hill, 2008). Neste caso, a selecção das melhores perguntas significa sobretudo adequar a estrutura do questionário como um todo, adaptando-o à cultura da população em estudo, bem como analisar e rever a ordem das perguntas de forma a serem incluídas na versão final do questionário. Por conseguinte, após a realização do pré-teste fizeram-se ajustes e elaborou-se o questionário final. O questionário é acompanhado por um texto inicial, o qual convida o participante a colaborar no estudo e explica o objectivo do mesmo tendo sido aplicado por entrevista com inquiridores formados especificamente para a função. Para a participação no estudo foi explicado aos migrantes o objectivo e conteúdo do questionário e quais os direitos do indivíduo enquanto elemento amostral para o estudo. Obteve-se o consentimento oral informado, confidencialidade e salvaguarda dos direitos e bem-estar dos indivíduos para os 289 indivíduos que compõem a nossa amostra.

### **INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS**

O questionário contém 60 perguntas de resposta fechada do tipo dicotómico, de escala ordinal, de escala nominal, e quantitativas. É um questionário estruturado dividindo-se em três partes fundamentais: conhecimentos, atitudes e práticas face à

infecção do VIH/SIDA, com diferentes opções de resposta que variam de duas a doze. A primeira parte relativa aos conhecimentos tem 20 perguntas. A segunda parte referente às atitudes tem 9 perguntas. A terceira parte referente às práticas/comportamentos tem 25 perguntas.

Neste estudo não se analisaram todas as questões deste questionário, tendo sido seleccionadas apenas as secções relativas aos conhecimentos e comportamentos, ou seja, a primeira e terceira partes do questionário. A parte dos conhecimentos têm 16 perguntas e a das práticas têm 25 perguntas, perfazendo um total de 41 perguntas.

O questionário permitiu obter informação sobre a caracterização sócio-demográfica da amostra bem como sobre os conhecimentos e comportamentos relevantes para o VIH/SIDA. Assim, incluiu os seguintes itens:

**Sócio-demográficas** – idade, sexo, escolaridade, nacionalidade, país/comunidade, situação de regularização, ocupação profissional, rendimento familiar e tempo de estadia em Portugal.

**Conhecimentos** – até que ponto se considera informado sobre o VIH/SIDA; gostaria de ter mais conhecimentos sobre o VIH/SIDA; onde ouviu falar sobre VIH/SIDA; como recebeu essa informação; onde iria obter informação sobre VIH/SIDA se você ou alguém estiver infectado com VIH/SIDA, onde recorreria; já procurou informações sobre VIH/SIDA nos serviços de saúde (Centro de saúde e hospital); considera as campanhas de prevenção da infecção VIH/SIDA importantes; como se transmite o VIH; a mulher grávida pode transmitir o vírus ao bebé; se sim, em que momento é que pode ocorrer a transmissão do vírus ao filho: durante a gravidez, o parto ou amamentação; existem formas de evitar que a mulher grávida infectada com VIH/SIDA contage o seu filho; a infecção VIH/SIDA pode ser evitada; na sua opinião, a SIDA: tem cura, não tem cura ou tem tratamento que melhora a condição de vida de uma pessoa infectada, mas que não consegue destruir o vírus definitivamente; consegue identificar uma pessoa infectada com VIH/SIDA; se sim, quais os sinais/sintomas para identificar essa pessoa;

**Comportamentos/práticas** – já teve relações sexuais; com que idade teve a sua primeira relação sexual; desde que está em Portugal com quantos parceiros teve relações sexuais; com que idade teve a sua primeira relação sexual; desde que está em Portugal, com quantos parceiros teve relações sexuais; no último ano quantos parceiros

sexuais teve; quantos eram: fixos, ou ocasionais; desde que está em Portugal, tem relações sexuais: com parceiros do mesmo sexo, com parceiros do sexo oposto, com parceiros de ambos os sexos; o risco de ser infectado com VIH/SIDA ou de ter outras infecções sexualmente transmissíveis é: maior em Portugal, maior no seu país de origem, igual em ambos; mudou o seu comportamento sexual depois de saber da existência do VIH; que métodos contraceptivos utiliza actualmente; usou preservativo na sua primeira relação sexual; em Portugal já comprou preservativo ou recebeu gratuitamente; onde obteve o preservativo; já teve problemas na utilização do preservativo; tem algum preservativo consigo ou em sua em casa; utilizou preservativo na última relação sexual; se não, porquê; desde que está em Portugal com que frequência usou preservativo com parceiros; das seguintes frases, quais têm ou não a ver com o seu comportamento (5 opções de resposta); tem receio de contrair uma doença ou infecção através de relações sexuais; desde que está em Portugal já pagou para ter sexo com alguém.

### **ANÁLISE DE DADOS**

Neste estudo foi realizada uma análise exploratória de dados para descobrir ou identificar os aspectos ou padrões de maior interesse (Murteira, 1993). A estatística descritiva é a representação dos dados de maneira a destacar ou chamar a atenção para esses aspectos ou padrões (Murteira, 1993). Para tratamento da informação recolhida recorreu-se aos *software* informáticos Microsoft Excel 2007 e o programa estatístico SPSS versão 18. Com o SPSS realizou-se a limpeza, e procedeu-se à análise estatística descritiva de todas as variáveis. As variáveis deste estudo são do tipo: quantitativas e qualitativas. Na análise de dados das variáveis quantitativas utilizaram-se histogramas. Para as variáveis qualitativas utilizaram-se gráficos de barras, tabelas e gráficos sectoriais.

## RESULTADOS

### CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

A tabela 1 descreve as características demográficas da população Africana e Brasileira: a idade, o sexo, a escolaridade, a nacionalidade, a situação de regularização, a ocupação profissional e o rendimento familiar.

**Tabela 1- Caracterização sociodemográfica**

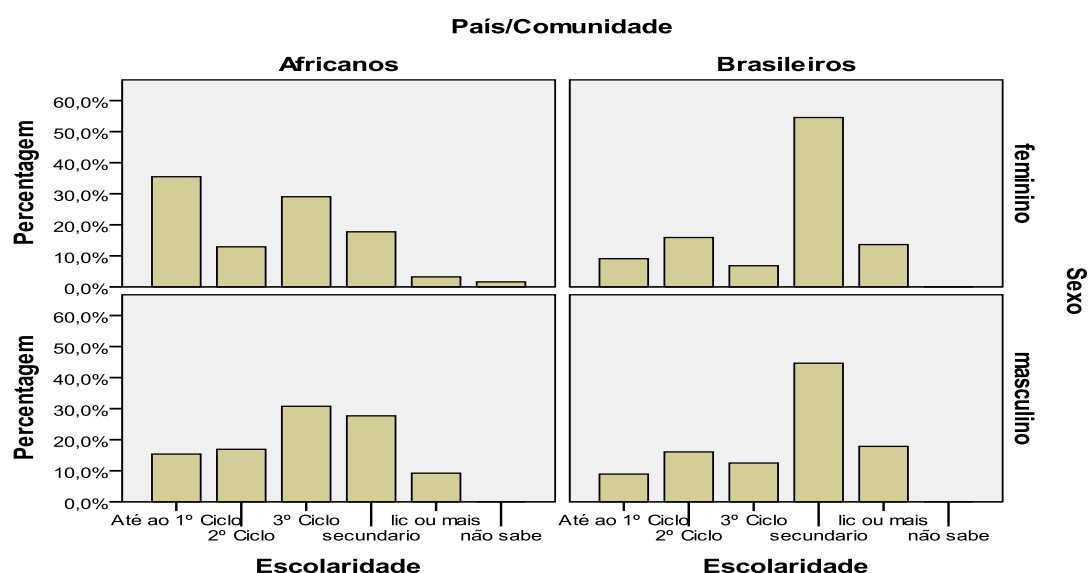
		País/Comunidade					
		Africanos		Brasileiros		Total	
		n	%	n	%	n	%
Idade	18-24	52	27,5%	24	24,0%	76	26,3%
	25-34	51	27,0%	36	36,0%	87	30,1%
	35-44	35	18,5%	29	29,0%	64	22,1%
	45-54	29	15,3%	10	10,0%	39	13,5%
	55-64	13	6,9%	1	1,0%	14	4,8%
	65+	9	4,8%	0	0,0%	9	3,1%
	<b>Total</b>	<b>189</b>	<b>100,0%</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>	<b>289</b>	<b>100,0%</b>
Sexo	feminino	124	65,6%	44	44,0%	168	58,1%
	masculino	65	34,4%	56	56,0%	121	41,9%
	<b>Total</b>	<b>189</b>	<b>100,0%</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>	<b>289</b>	<b>100,0%</b>
Escolaridade	Até ao 1º Ciclo	54	28,6%	9	9,0%	63	21,8%
	2º Ciclo	27	14,3%	16	16,0%	43	14,9%
	3º Ciclo	56	29,6%	10	10,0%	66	22,8%
	secundario	40	21,2%	49	49,0%	89	30,8%
	lic ou mais	10	5,3%	16	16,0%	26	9,0%
	não sabe	2	1,1%	0	0,0%	2	0,7%
	<b>Total</b>	<b>189</b>	<b>100,0%</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>	<b>289</b>	<b>100,0%</b>
Nacionalidade	Portuguesa	72	38,5%	0	0,0%	72	25,1%
	Estrangeira	112	59,9%	95	95,0%	207	72,1%
	Dupla nacionalidade	3	1,6%	5	5,0%	8	2,8%
	Apátrida	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Não sabe / não responde	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	<b>Total</b>	<b>187</b>	<b>100,0%</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>	<b>287</b>	<b>100,0%</b>

<b>Situação de Regularização</b>	Regular	159	87,4%	52	52,5%	211	75,1%
	Não tem situação regularizada	9	4,9%	15	15,2%	24	8,5%
	Em processo de regularização/Está à espera de documentos	14	7,7%	32	32,3%	46	16,4%
	<b>Total</b>	<b>182</b>	<b>100,0%</b>	<b>99</b>	<b>100,0%</b>	<b>281</b>	<b>100,0%</b>
<b>Ocupação Profissional</b>	Empregado/exerce uma profissão	89	47,8%	73	73,0%	162	56,6%
	Desempregado	49	26,3%	15	15,0%	64	22,4%
	Reformado	11	5,9%	0	0,0%	11	3,8%
	Estudante	27	14,5%	7	7,0%	34	11,9%
	Trabalhador-estudante	2	1,1%	0	0,0%	2	0,7%
	Tarefas domésticas (executa tarefas domésticas na sua casa)	3	1,6%	4	4,0%	7	2,4%
	Outra	5	2,7%	1	1,0%	6	2,1%
	Não sabe	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	<b>Total</b>	<b>186</b>	<b>100,0%</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>	<b>286</b>	<b>100,0%</b>
<b>Rendimento familiar</b>	Muito insuficiente	23	13,4%	4	4,2%	27	10,1%
	Insuficiente	94	54,7%	38	39,6%	132	49,3%
	Suficiente	55	32,0%	54	56,3%	109	40,7%
	Mais do que suficiente	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100,0%</b>	<b>96</b>	<b>100,0%</b>	<b>268</b>	<b>100,0%</b>

A presente amostra tem mais mulheres do que homens. Na comunidade africana existe uma percentagem superior de mulheres, ou seja, 65,6% enquanto na comunidade brasileira ocorre o inverso, cerca de 44%. A comunidade africana é uma comunidade mais envelhecida, com 27% dos indivíduos com idade igual ou superior a 45 anos, enquanto na comunidade brasileira regista-se apenas 11%. No entanto, ambas são consideradas comunidades jovens, visto que mais de metade de ambas as amostras tem participantes idades inferiores aos 35 anos. Comparativamente aos brasileiros, os africanos têm a sua situação legal regularizada, atingindo aproximadamente 90% da amostra, enquanto cerca de metade da amostra da comunidade brasileira encontra-se em processo de regularização ou não regularizados, uma vez que chegaram a Portugal mais recentemente. A grande maioria da comunidade brasileira trabalha (73%), comparativamente à comunidade africana a qual aproximadamente apenas metade da amostra está empregada (48%). Há mais estudantes africanos do que brasileiros. A

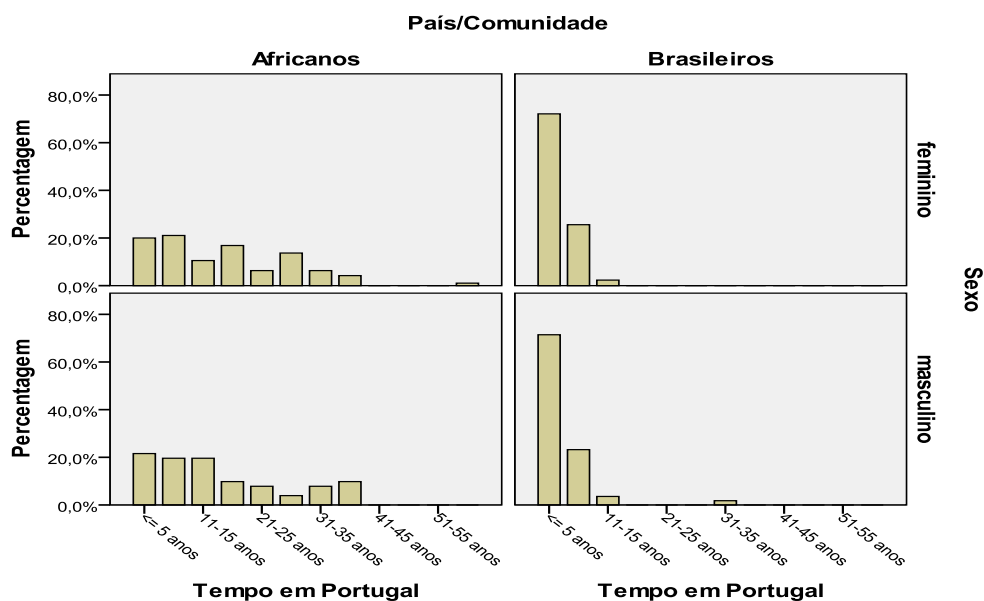
comunidade brasileira, pelo facto de ser mais jovem, não têm participantes reformados, enquanto a comunidade africana tem cerca de 12%. Relativamente ao rendimento familiar, ambas as comunidades regista ter um rendimento familiar insuficiente: os africanos cerca de 68% e os brasileiros cerca de 44%.

**Figura 10 - Nível de escolaridade por comunidade e sexo**



Relativamente ao sexo (figura 10), cerca de 55% das mulheres brasileiras concluíram o ensino secundário, comparativamente a 18% das mulheres africanas. Cerca de 35% das africanas concluiu o 1º ciclo. Os homens africanos têm uma maior percentagem ao nível do 3º ciclo e do ensino secundário, do que as mulheres da sua comunidade. Cerca de 18% dos homens brasileiros concluiu a licenciatura. A comunidade brasileira tem mais habilitações académicas ao nível do ensino secundário e da licenciatura do que a comunidade africana, com 75% dos indivíduos possuindo o 3º ciclo.

**Figura 11 - Tempo de estadia em Portugal**



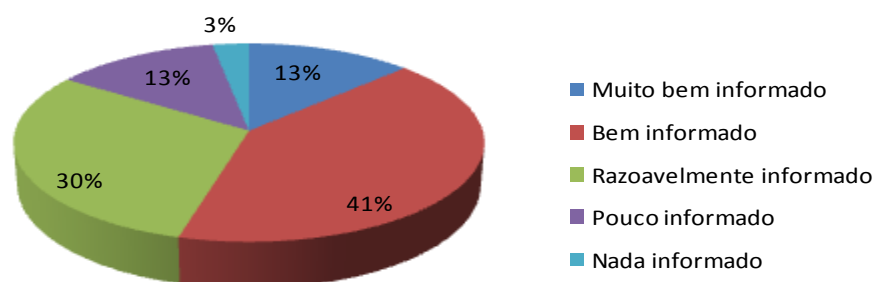
No que diz respeito ao tempo de estadia em Portugal, as distribuições são muito semelhantes entre homens e mulheres (figura 11). Verifica-se que a comunidade africana está em Portugal há mais tempo do que a comunidade brasileira, senão veja-se, cerca de 13% dos africanos habita em Portugal há cerca de 30-40 anos e cerca de 28% entre 11 a 20 anos, enquanto cerca de 40% tem uma permanência entre 1- 10 anos.

A estadia da comunidade brasileira é mais recente em Portugal, representando cerca de 72% com uma permanência igual ou inferior a cinco anos. Verifica-se que cerca de 27% está em Portugal há 6-15 anos.

## ANÁLISE DOS RESULTADOS RELATIVOS AOS CONHECIMENTOS DA POPULAÇÃO MIGRANTE AFRICANA E BRASILEIRA SOBRE O VIH/SIDA

Nesta secção far-se-á uma análise descritiva com base em gráficos sectoriais e gráficos de barras.

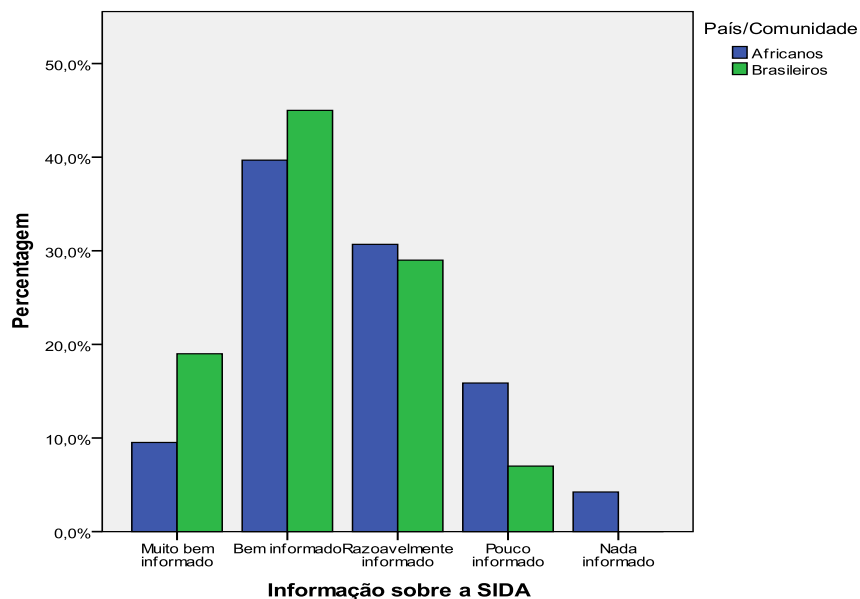
**Figura 12 - Nível de informação dos migrantes relativamente à SIDA**



A figura 12 ilustra as percentagens da percepção sobre o **nível de informação sobre a SIDA** da população migrante da amostra. Cerca de 41% dos migrantes considera-se bem informado sobre a SIDA e cerca de 84% dos migrantes considera-se informado sobre a SIDA.

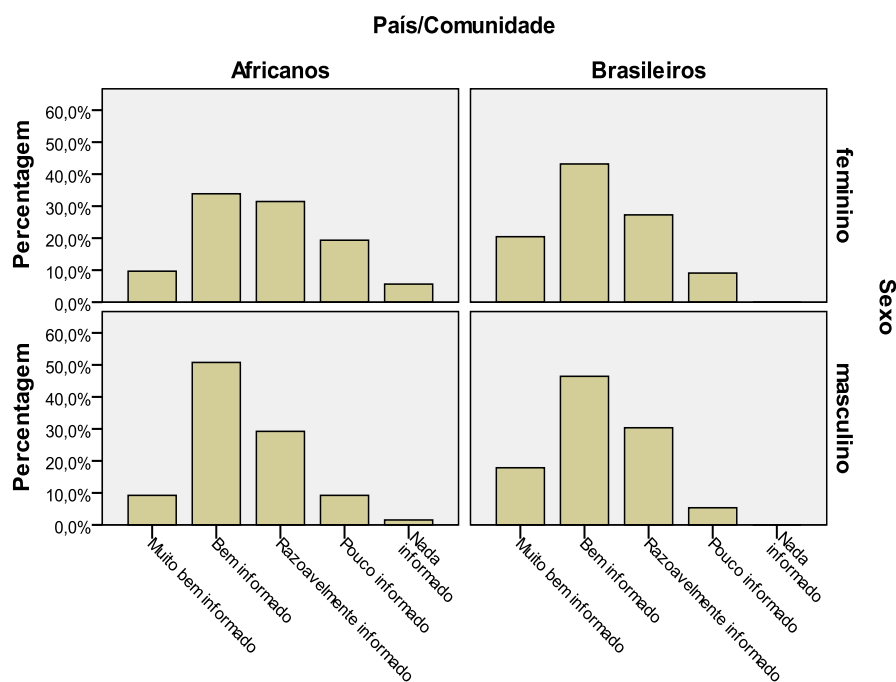


**Figura 13 - Distribuição relativa ao Nível de informação sobre a SIDA (diferença entre comunidades)**



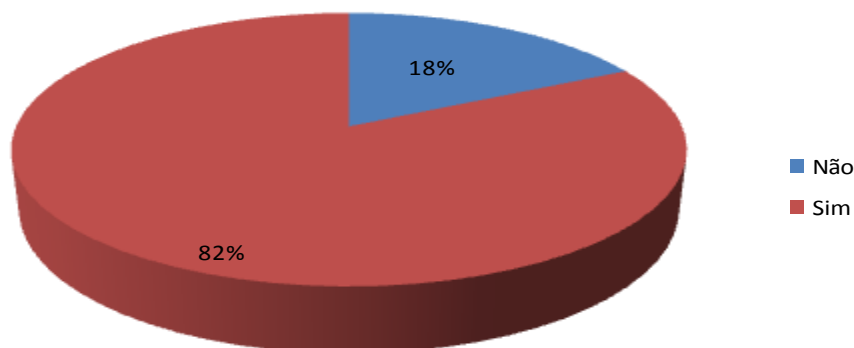
Relativamente às comunidades (figura 13), ambas encontram-se informadas sobre a SIDA. Na comunidade brasileira esta percentagem é de 91% enquanto para a comunidade africana esta percentagem é de aproximadamente 80%.

**Figura 14 – Distribuição relativa ao Nível de Informação sobre a SIDA (diferença entre sexos)**



Os homens africanos consideram-se mais bem informados sobre a SIDA comparativamente às mulheres. As mulheres brasileiras consideram-se mais bem informadas comparativamente às mulheres africanas, havendo uma maior percentagem de mulheres africanas distribuída pelas categorias pouco informado e nada informado, (figura 14). Contudo, de salientar que ambas as comunidades gostariam de obter mais informação sobre o VIH/SIDA (figura 15).

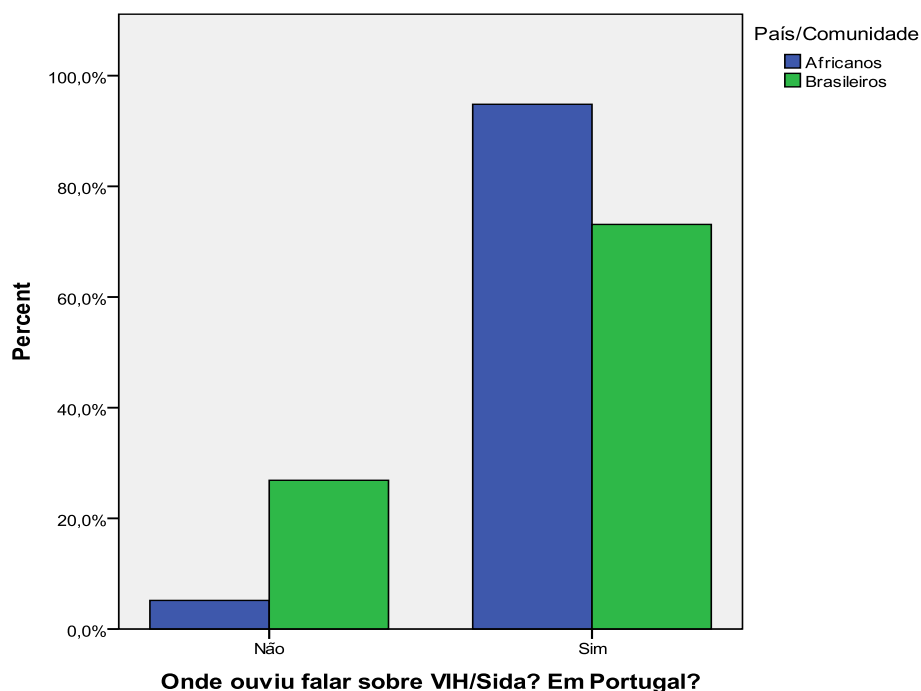
**Figura 15 – Distribuição relativa ao desejo de adquirir mais conhecimentos sobre o VIH/SIDA**



A figura 15 ilustra que cerca de 82% da população migrante que gostaria de ter mais conhecimentos sobre o VIH/SIDA. Nesta questão, a comunidade brasileira tem uma ligeira percentagem superior de respostas afirmativas, em cerca de 5%, comparativamente à comunidade africana. Relativamente ao sexo, tanto os homens como mulheres têm a mesma opinião respondendo na sua grande maioria que gostariam de ter mais conhecimentos sobre o VIH/SIDA.

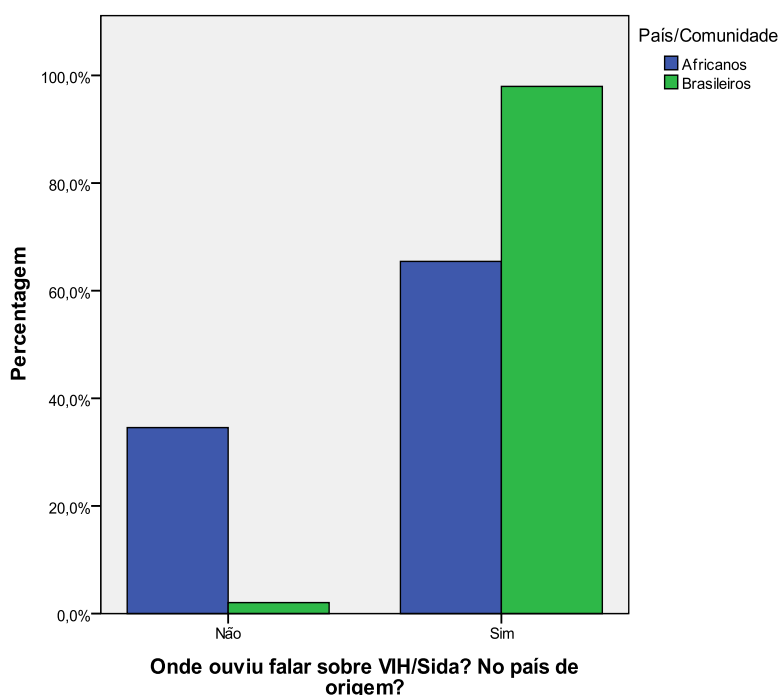
Para a pergunta seguinte, “**onde ouviu falar sobre a SIDA**”, existem três opções de resposta: em Portugal, no país de origem e nunca ouviu falar sobre SIDA. As figuras 16 e 17 ilustram os resultados obtidos nas duas comunidades em relação a Portugal e ao País de origem.

**Figura 16 - Distribuição relativa ao local onde ouviu falar sobre VIH/SIDA (Portugal) (diferença entre comunidades)**



Os africanos são quem mais ouviu falar sobre o VIH/SIDA em Portugal, com uma percentagem superior em cerca de 21,7% comparativamente aos brasileiros (figura 16). Em relação ao sexo, não se registam diferenças percentuais relativamente à distribuição de respostas entre os africanos, mas na comunidade brasileira sim, visto que, as mulheres brasileiras têm uma diferença percentual superior de respostas afirmativas em cerca de 14% relativamente aos homens.

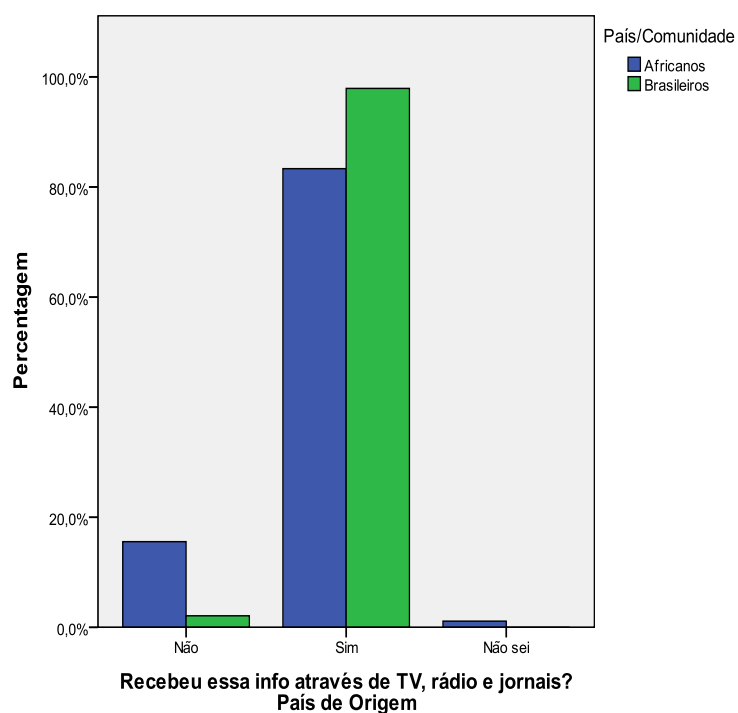
**Figura 17 – Distribuição relativa ao local onde ouviu falar sobre VIH/SIDA (País de origem) (diferença entre comunidades)**



Como se pode observar, a comunidade brasileira foi aquela que mais ouviu falar de SIDA no seu país de origem, o que não acontece com a comunidade africana, havendo uma diferença percentual na resposta afirmativa de 35% (figura 17). Devido à existência de 143 *missings* na 3ª opção de resposta “nunca ouviu falar sobre SIDA”, não se realizou a análise desta variável. Segundo os dados, tanto africanos como brasileiros ouviram falar de VIH/SIDA tanto em Portugal, como no País de origem, no entanto há uma maior percentagem de brasileiros que ouviu falar de VIH/SIDA no seu país de origem.

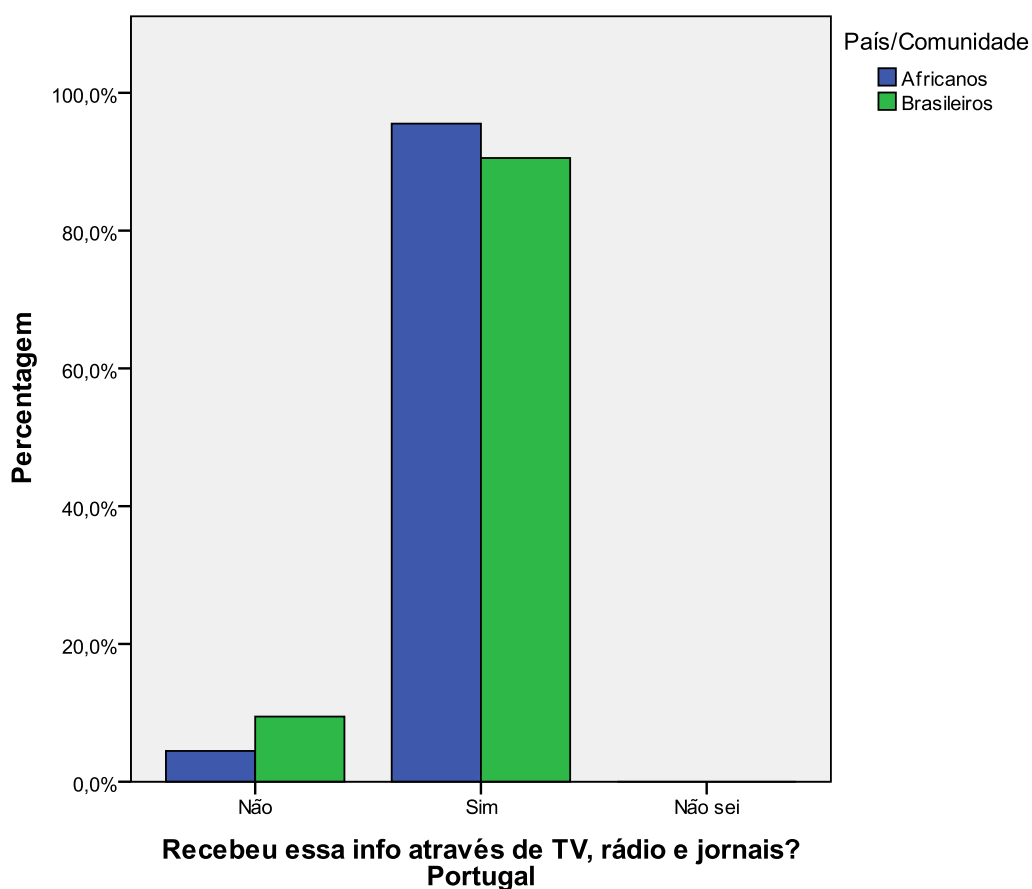
A questão seguinte é sobre as **fontes de informação sobre o VIH/SIDA**. Esta questão tem dez opções de resposta. A principal fonte de informação é coincidente em ambas as comunidades e nos seus países de origem, representando os *Media*: TV, rádio e jornais, com mais de 80% para ambas as comunidades (figura 18). No entanto é de salientar que 90% dos brasileiros e 82% dos africanos seleccionam também a mesma fonte de informação quando a questão foi feita relativamente a Portugal.

**Figura 18 - Distribuição relativa à fonte de informação: *Media* (País de origem) (diferença entre comunidades)**



Depreende-se então que **os *media*** são a principal fonte de informação não só nos países de origem dos nossos migrantes, como também em Portugal (figura 19). Os africanos apresentam uma maior percentagem relativamente a esta fonte em Portugal, enquanto os brasileiros têm quase 100% de respostas afirmativa no seu país de origem.

**Figura 19 – Distribuição relativa à fonte de informação: *Media* (Portugal) (diferença entre comunidades)**



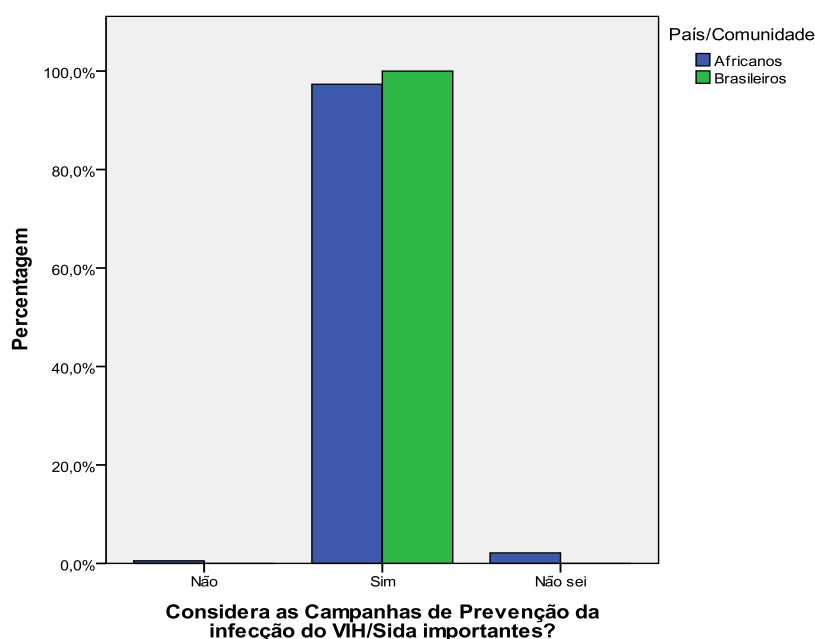
Outra principal fonte de informação para ambas as comunidades é os **amigos, familiares e conhecidos no seu país de origem**, atingindo cerca de 82% para os brasileiros. No entanto, 110 pessoas não responderam, representando cerca de 58,2% de *missings* nesta comunidade. Quanto à distribuição de respostas relativamente a esta pergunta para Portugal cerca de 90% cerca de 73% dos africanos dão uma resposta afirmativa, com apenas 16,4% de *missings*. A comunidade brasileira reporta igualmente ter recebido informação sobre o VIH/SIDA através de amigos, familiares e conhecidos em Portugal. Apenas com uma diferença percentual inferior de cerca de 8%, comparativamente à comunidade africana. De salientar que cerca de 36% dos brasileiros respondem negativamente a esta questão. Em relação à análise das respostas dos homens e mulheres, é interessante verificar que cerca de 84% dos homens africanos responde afirmativamente. Enquanto, as mulheres desta comunidade registam apenas

68% de respostas afirmativas. Na comunidade brasileira, os homens também têm uma percentagem mais elevada na resposta afirmativa comparativamente às mulheres.

A terceira fonte de informação importante são **as campanhas de prevenção** no país de origem, atingindo 85% dos respondentes da comunidade brasileira, tendo maior alcance nos homens do que nas mulheres. Em Portugal, esta fonte de informação obteve percentagens menores (comparando com os 85% acima) para esta comunidade, comparativamente a 45% da comunidade africana. Também nesta comunidade são os homens que registam maiores percentagens afirmativas comparativamente às mulheres, nomeadamente, 53% e 48% respectivamente.

A figura 20 ilustra a valorização das comunidades dada às campanhas de prevenção, atingindo aproximadamente 100% de resposta afirmativa. Não se verificam diferenças entre sexos. De salientar ainda cerca de 4% de registos na categoria “não sei” para os africanos.

**Figura 20 – Distribuição de opiniões sobre as Campanhas de Prevenção da infecção do VIH/SIDA (diferença entre comunidades)**



Para as restantes fontes de informação na comunidade brasileira, verifica-se uma diferença de opinião relativamente ao sexo, ou seja, enquanto para as mulheres brasileiras, os veículos de informação por ordem decrescente de importância são os profissionais de saúde e a escola, para os homens brasileiros são a escola, e a internet.



No caso dos africanos não se registam outras fontes de informação que registem uma diferença entre sexos. De salientar no entanto que aproximadamente 25% desta população recebeu informação sobre o VIH/SIDA através da internet em Portugal.

De salientar que não se considerou a análise das restantes opções de resposta, devido à percentagem de *missings* ser superior a 50% por parte da comunidade africana, nomeadamente: a informação através de Membros da Igreja e a informação através de campanhas de prevenção, ambas no país de origem.

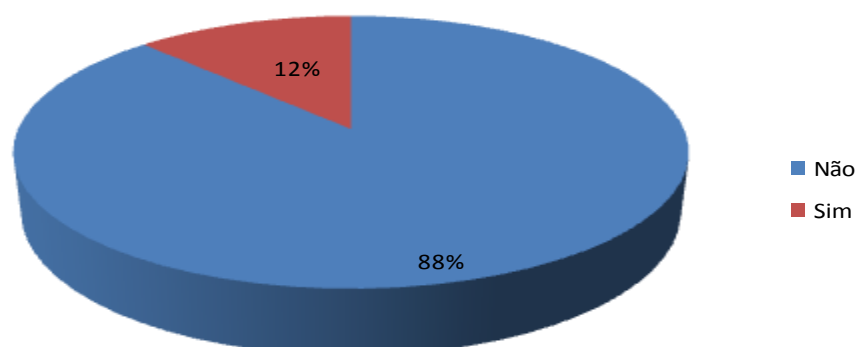
No seguimento da pergunta relativa à fonte de informação sobre o VIH/SIDA, as seguintes são: **“Se quiser obter informação sobre o VIH onde recorreria?”** e **“Se você ou alguém próximo, estivesse infectado com VIH/SIDA, onde recorreria?”**. Estas questões têm as mesmas oito opções de resposta. Relativamente à primeira questão, curiosamente as duas comunidades, brasileira e africana seleccionam por ordem decrescente de importância, os mesmos três locais, nomeadamente: Centro de Saúde (62% e 75%), Hospital (58% e 53%) e Linha SIDA/serviços telefónicos de ajuda (52% e 48%) respectivamente. Dos três locais mencionados, apenas o Centro de Saúde reflecte uma diferença maior de percentagem entre as comunidades. Quanto à análise de dados relativa ao sexo, as mulheres e os homens de ambas as comunidades, obtêm informação nos mesmos locais por ordem decrescente de importância, ou seja, no Centro de Saúde, no Hospital e na Linha SIDA/serviços telefónicos de ajuda. No entanto, cerca de 28% da comunidade brasileira selecciona que poderia recorrer à Medicina privada (seguro de saúde), contrastando com apenas 15% na comunidade africana.

Relativamente à segunda questão, **“os locais onde recorreriam em caso de infecção”**, cerca de 78% da comunidade brasileira selecciona o Hospital em primeiro lugar, enquanto 72% da comunidade africana selecciona simultaneamente o Hospital e o Centro de Saúde. Por último 40% e 42% dos brasileiros e africanos seleccionam a Linha SIDA/serviços telefónicos de ajuda, respectivamente. A Medicina Privada (seguro de saúde) é novamente seleccionada, por cerca de 38% da comunidade brasileira, contrastando com apenas 15% da comunidade africana.

No que diz respeito ao sexo, não se registam diferenças de selecção de diferentes locais, no entanto verifica-se novamente uma selecção da opção de resposta Medicina

privada (seguro de saúde) em 38%, neste caso dos homens brasileiros, contrastando com apenas 10% dos homens e mulheres africanos. Assim, ambas as comunidades iriam recorrer aos mesmos locais para obter informações ou em caso de infecção do VIH/SIDA, com a excepção assinalada acima por parte da comunidade brasileira, na selecção da Medicina Privada como 4ª opção.

**Figura 21 – Distribuição relativa à informação sobre VIH/SIDA nos Serviços de Saúde**



No seguimento das perguntas sobre as fontes de informação, a figura 21 ilustra as respostas à questão da informação sobre o VIH/SIDA juntos dos Serviços de Saúde. A maioria da população migrante (88%) não procurou informação junto dos serviços de saúde. Apesar de ambas as comunidades registarem respostas negativas, os africanos são quem procura mais os serviços de saúde comparativamente aos brasileiros, visto registarem percentagens superiores de utilização dos Serviços de Saúde. Não existem diferenças a assinalar quanto ao sexo em ambas as comunidades

A questão seguinte refere-se às **formas de transmissão do VIH/SIDA**, e tem dez opções de resposta. Para analisar os dados sobre as várias formas de transmissão do VIH/SIDA elaboraram-se duas tabelas em que a resposta “Sim” corresponde a uma resposta incorrecta (tabela 2) ou correcta (tabela 3). Nas tabelas 4 e 5 faz-se a mesma análise relativamente diferença entre sexos.

Tabela 2 - Forma de transmissão do VIH/SIDA (diferença entre comunidades) em que o “Sim” corresponde a uma opção de resposta incorrecta

		País/Comunidade					
		Africanos		Brasileiros		Total	
		n	%	n	%	n	%
através de beijo na boca a uma pessoa infectada?	Não	136	72,3%	66	66,7%	202	70,4%
	Sim	26	13,8%	26	26,3%	52	18,1%
	Não sei	26	13,8%	7	7,1%	33	11,5%
através de relações sexuais com preservativo?	Não	137	73,7%	78	78,8%	215	75,4%
	Sim	25	13,4%	17	17,2%	42	14,7%
	Não sei	24	12,9%	4	4,0%	28	9,8%
através de aperto de mão ou abraço com a pessoa infectada?	Não	167	90,3%	93	93,9%	260	91,5%
	Sim	3	1,6%	4	4,0%	7	2,5%
	Não sei	15	8,1%	2	2,0%	17	6,0%
através de partilha de comida (utilizando os mesmos utensílios) com uma pessoa infectada?	Não	131	70,4%	82	82,8%	213	74,7%
	Sim	28	15,1%	12	12,1%	40	14,0%
	Não sei	27	14,5%	5	5,1%	32	11,2%
através de espirros e tosse de uma pessoa infectada?	Não	120	65,2%	76	76,8%	196	69,3%
	Sim	31	16,8%	17	17,2%	48	17,0%
	Não sei	33	17,9%	6	6,1%	39	13,8%

Os resultados da tabela 2 evidenciam que a comunidade brasileira tem mais conhecimentos do que a comunidade africana, devido à existência de percentagens superiores de resposta “não” na maioria das questões, nomeadamente: relações sexuais com preservativo, 78,8%, e 73,7% respectivamente; espirros e tosse de uma pessoa infectada, 76,8% e 65,2% respectivamente; através de partilha de comida (utilizando os mesmos utensílios) com uma pessoa infectada 82,8% e 70,4% respectivamente. A comunidade africana responde com percentagens superiores, em todas as opções de resposta na categoria “não sei”, tendo uma variação de 8% a 18% comparativamente à brasileira cuja percentagem varia de 2 a 7%.

**Tabela 3 - Forma de transmissão do VIH/SIDA (diferença entre comunidades) em que o “Sim” corresponde a uma opção de resposta correcta**

		País/Comunidade					
		Africanos		Brasileiros		Total	
		n	%	n	%	n	%
através de utilização de seringas ou outro material de injeção contaminado?	Não	1	0,5%	1	1,0%	2	0,7%
	Sim	176	94,1%	97	99,0%	273	95,8%
	Não sei	10	5,3%	0	0,0%	10	3,5%
através de contacto com sangue infectado?	Não	5	2,7%	3	3,0%	8	2,8%
	Sim	171	91,4%	95	96,0%	266	93,0%
	Não sei	11	5,9%	1	1,0%	12	4,2%
através de fluídos vaginais?	Não	16	8,6%	5	5,1%	21	7,4%
	Sim	134	72,4%	84	84,8%	218	76,8%
	Não sei	35	18,9%	10	10,1%	45	15,8%
através de esperma?	Não	12	6,5%	8	8,1%	20	7,0%
	Sim	149	80,5%	89	89,9%	238	83,8%
	Não sei	24	13,0%	2	2,0%	26	9,2%
através de objectos cortantes (lâminas, corta unhas) que entrem em contacto com o sangue?	Não	4	2,2%	2	2,0%	6	2,1%
	Sim	171	91,9%	97	98,0%	268	94,0%
	Não sei	11	5,9%	0	0,0%	11	3,9%

A comunidade brasileira regista em todas as questões percentagens superiores de respostas “sim”, comparativamente à comunidade africana (tabela 3), nomeadamente: utilização de seringas ou outro material de injeção contaminado, 99% e 94,1% respectivamente; contacto com sangue infectado, 96% e 91,4%; fluidos vaginais, 84,8%, e 72,4% respectivamente e esperma, 98% e 91,9% respectivamente. A comunidade africana responde com percentagens superiores em todas as opções de resposta na categoria “não sei”, tendo uma variação de 5% a 19%, comparativamente à brasileira cuja percentagem varia de 0 a 10%.

**Tabela 4 - Forma de transmissão do VIH/SIDA (diferença entre sexos) em que o “Sim” corresponde a uma opção de resposta incorrecta**

		País/Comunidade											
		Africanos				Brasileiros				Total			
		Sexo		Sexo		Sexo		Sexo		Sexo		Sexo	
		feminino	masculino	feminino	masculino	feminino	masculino	feminino	masculino	feminino	masculino	feminino	masculino
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
beijo na boca a uma pessoa infectada?	Não	86	69,9%	50	76,9%	32	74,4%	34	60,7%	118	71,1%	84	69,4%
	Sim	18	14,6%	8	12,3%	8	18,6%	18	32,1%	26	15,7%	26	21,5%
	Não sei	19	15,4%	7	10,8%	3	7,0%	4	7,1%	22	13,3%	11	9,1%
relações sexuais com preservativo?	Não	88	72,1%	49	76,6%	37	86,0%	41	73,2%	125	75,8%	90	75,0%
	Sim	18	14,8%	7	10,9%	6	14,0%	11	19,6%	24	14,5%	18	15,0%
	Não sei	16	13,1%	8	12,5%	0	0,0%	4	7,1%	16	9,7%	12	10,0%
aperto de mão ou abraço com a pessoa infectada?	Não	105	86,8%	62	96,9%	42	97,7%	51	91,1%	147	89,6%	113	94,2%
	Sim	2	1,7%	1	1,6%	1	2,3%	3	5,4%	3	1,8%	4	3,3%
	Não sei	14	11,6%	1	1,6%	0	0,0%	2	3,6%	14	8,5%	3	2,5%
partilha de comida (utilizando os mesmos utensílios) com uma pessoa infectada?	Não	79	65,3%	52	80,0%	38	88,4%	44	78,6%	117	71,3%	96	79,3%
	Sim	21	17,4%	7	10,8%	3	7,0%	9	16,1%	24	14,6%	16	13,2%
	Não sei	21	17,4%	6	9,2%	2	4,7%	3	5,4%	23	14,0%	9	7,4%
espirros e tosse de uma pessoa infectada?	Não	72	59,5%	48	76,2%	35	81,4%	41	73,2%	107	65,2%	89	74,8%
	Sim	22	18,2%	9	14,3%	6	14,0%	11	19,6%	28	17,1%	20	16,8%
	Não sei	27	22,3%	6	9,5%	2	4,7%	4	7,1%	29	17,7%	10	8,4%

Os homens africanos registam percentagens inferiores de respostas incorrectas, comparativamente às mulheres africanas (tabela 4). Ocorre o mesmo com as mulheres brasileiras, uma vez que respondem mais acertadamente do que os homens, nomeadamente nas opções: beijo na boca a uma pessoa infectada, com cerca de 19% enquanto os homens registam cerca de 32% e relações sexuais com preservativo cerca de 14%, enquanto os homens registam cerca de 20%.

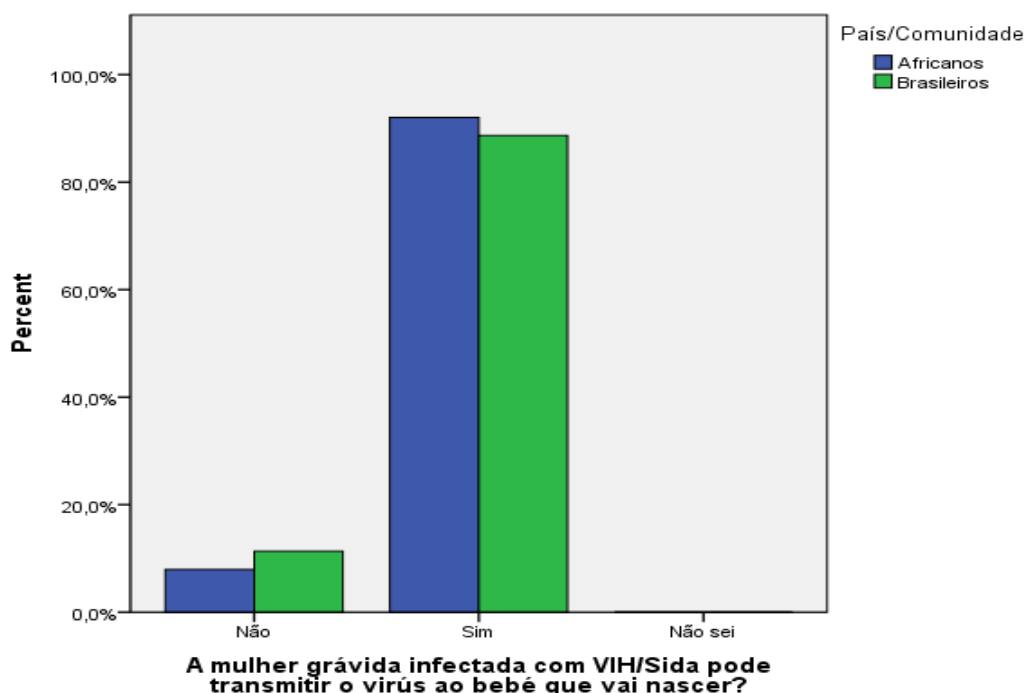
**Tabela 5 - Forma de transmissão do VIH/SIDA (diferença entre sexos) em que o “Sim” corresponde a uma opção de resposta correcta**

		País/Comunidade											
		Africanos				Brasileiros				Total			
		Sexo				Sexo				Sexo			
		feminino		masculino		feminino		masculino		feminino		masculino	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
utilização de seringas ou outro material de injeção contaminado?	Não	0	0,0%	1	1,5%	0	0,0%	1	1,8%	0	0,0%	2	1,7%
	Sim	114	93,4%	62	95,4%	43	100,0%	54	98,2%	157	95,2%	116	96,7%
	Não sei	8	6,6%	2	3,1%	0	0,0%	0	0,0%	8	4,8%	2	1,7%
contacto com sangue infectado?	Não	3	2,5%	2	3,1%	0	0,0%	3	5,4%	3	1,8%	5	4,1%
	Sim	112	91,8%	59	90,8%	43	100,0%	52	92,9%	155	93,9%	111	91,7%
	Não sei	7	5,7%	4	6,2%	0	0,0%	1	1,8%	7	4,2%	5	4,1%
fluidos vaginais?	Não	9	7,4%	7	10,9%	1	2,3%	4	7,1%	10	6,1%	11	9,2%
	Sim	90	74,4%	44	68,8%	38	88,4%	46	82,1%	128	78,0%	90	75,0%
	Não sei	22	18,2%	13	20,3%	4	9,3%	6	10,7%	26	15,9%	19	15,8%
esperma?	Não	6	4,9%	6	9,5%	3	7,0%	5	8,9%	9	5,5%	11	9,2%
	Sim	100	82,0%	49	77,8%	40	93,0%	49	87,5%	140	84,8%	98	82,4%
	Não sei	16	13,1%	8	12,7%	0	0,0%	2	3,6%	16	9,7%	10	8,4%
objectos cortantes (lâminas, corta unhas) que entrem em contacto com o sangue?	Não	2	1,7%	2	3,1%	1	2,3%	1	1,8%	3	1,8%	3	2,5%
	Sim	110	90,9%	61	93,8%	42	97,7%	55	98,2%	152	92,7%	116	95,9%
	Não sei	9	7,4%	2	3,1%	0	0,0%	0	0,0%	9	5,5%	2	1,7%

As mulheres brasileiras registam uma percentagem superior de resposta “sim” nas opções de resposta correctas, comparativamente à restante população, atingindo percentagens iguais ou superiores a 88% (tabela 5). Os africanos têm respostas semelhantes ao nível do conhecimento, não se assinalando diferenças entre homens e mulheres, ou seja, embora atinjam percentagens altas de respostas correctas, os brasileiros tem mais conhecimentos.

A questão colocada a seguir é relativa à transmissão vertical: **a mulher grávida infectada com VIH/SIDA pode transmitir o vírus ao bebé que vais nascer**”. Tanto brasileiros como africanos respondem “sim”. De salientar contudo que, cerca de 11% da comunidade brasileira responde “não” a esta questão (figura 22).

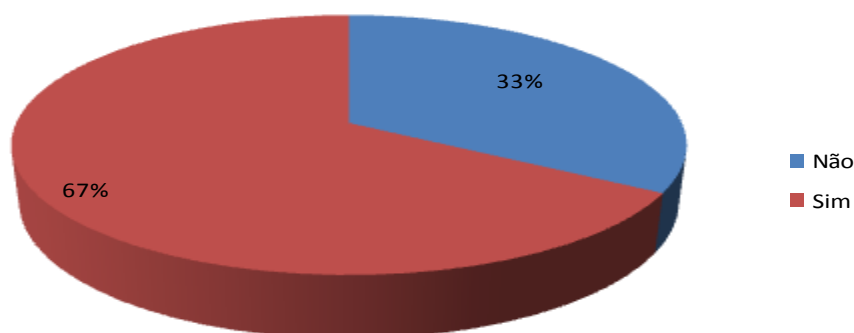
**Figura 22 – Distribuição relativa à Transmissão vertical (durante a gravidez) (diferença entre comunidades)**



Observa-se que as duas comunidades registam níveis acima dos 85% de resposta afirmativa. Considerando as respostas quanto ao sexo, as mulheres e os homens brasileiros dão respostas negativas num total de 10% e 15%, respectivamente, comparativamente a 5% das mulheres e homens africanos.

No seguimento desta pergunta, é pertinente saber **“de que forma pode ocorrer essa transmissão, nomeadamente se durante a gravidez, o parto ou a amamentação”**. Em relação à primeira opção de resposta, aproximadamente 80% de ambas as comunidades responde que a transmissão do vírus pode se dar durante a gravidez. No entanto, as mulheres africanas e brasileiras, têm percentagens de resposta negativa de 20% e 25%, respectivamente, enquanto as percentagens negativas dos homens africanos e brasileiros são de 5% e 17%, respectivamente. Observa-se nesta análise, que as mulheres registam uma maior percentagem de respostas negativas sobre a forma de transmissão da mulher grávida ao bebê. Na sua maioria a população migrante regista que a transmissão do vírus ocorre durante o parto, como se vê na figura 23.

**Figura 23 – Distribuição relativa à Transmissão vertical (durante o parto)**

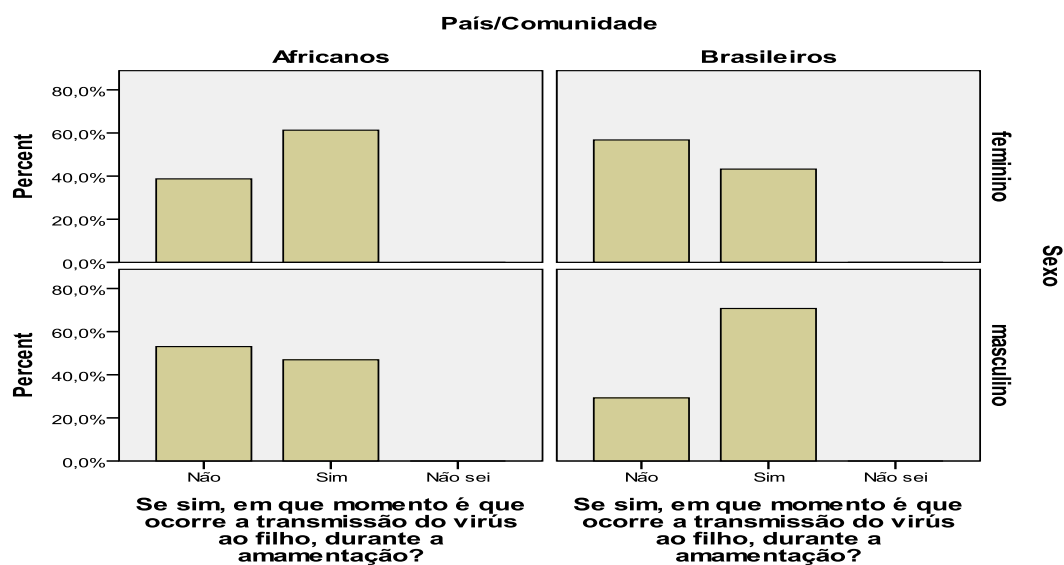


A figura 23 ilustra que a maioria dos migrantes responde que o vírus do VIH/Sida transmite-se durante o parto. Ambas as comunidades respondem afirmativamente, nomeadamente cerca de 70% dos brasileiros e cerca de 64% dos africanos. Não se registam respostas na categoria “não sei”. Existem diferentes opiniões no âmbito da comunidade brasileira, visto que enquanto os homens têm percentagens superiores de resposta afirmativa (80%) as mulheres registam apenas 58% de resposta afirmativa. Na comunidade africana passa-se exactamente o oposto, visto que 65% das mulheres tem uma maior percentagem de respostas afirmativas, comparativamente a 58% dos homens da sua comunidade. Segundo estes resultados são os homens brasileiros e as mulheres africanas que apresentam maiores percentagens de respostas afirmativas relativamente à transmissão do vírus VIH durante o parto.

Quanto à terceira e última opção de resposta sobre a transmissão do vírus ao filho durante a amamentação, embora a maioria de ambas as comunidades tenha respostas afirmativas, também há cerca de 42% a 45% de respostas negativas, o que significa divisão de opiniões no seio de cada comunidade.



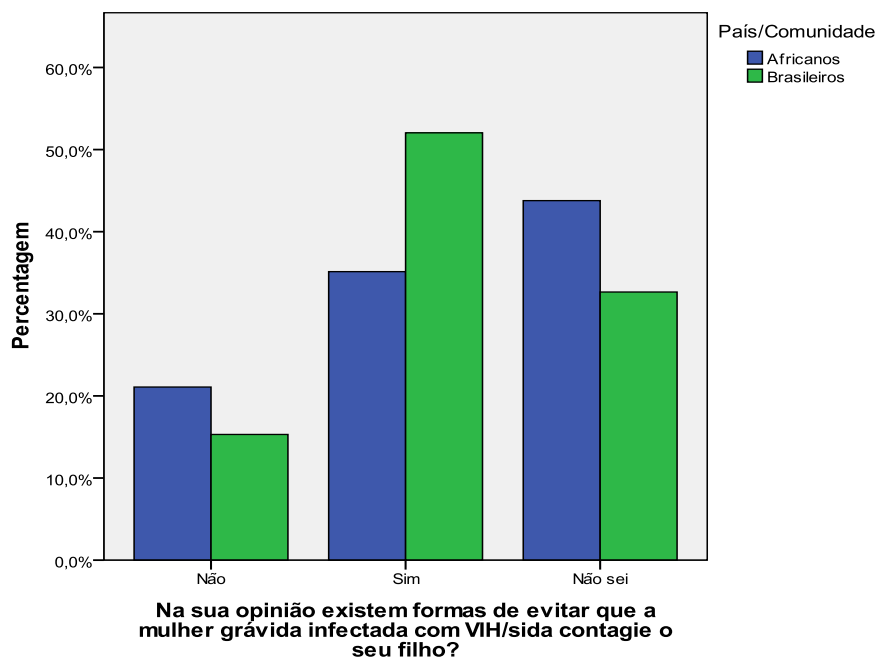
**Figura 24 - Distribuição relativa à transmissão do vírus ao filho durante a amamentação (diferença entre sexos)**



A figura 24 ilustra como as comunidades têm respostas divergentes. Cerca de 60% das mulheres africanas concorda que a transmissão do vírus ocorre durante a amamentação, enquanto 58% das brasileiras respondem precisamente o oposto. Cerca de 80% dos homens brasileiros regista uma resposta afirmativa, enquanto os homens africanos encontram-se divididos nas categorias “sim” e “não”, registando cerca de 55% de respostas negativas. As mulheres africanas e os homens brasileiros obtêm maiores percentagens de respostas afirmativas sobre a transmissão do vírus da mãe ao filho no processo de amamentação.

No seguimento do tema da transmissão vertical, surge a questão sobre as “formas de evitar que a mulher grávida infectada com VIH/SIDA contagie o seu filho”. A figura 25 revela um comportamento diferente de respostas dos africanos e brasileiros.

**Figura 25 - Distribuição relativa à possibilidade de evitar que a mulher grávida infectada com VIH/SIDA contagie o seu filho (diferença entre comunidades)**



De acordo com o resultado verificado na categoria “não sei”, as comunidades revelam desconhecimento sobre o tema: africanos (45%) e brasileiros (33%) (figura 25). Aproximadamente metade da comunidade brasileira responde com maior percentagem de respostas afirmativas, cerca de 53% enquanto os africanos obtêm apenas 35%. Quanto às diferenças entre os sexos, cerca de 48% das mulheres africanas responde que não sabe, seguidas pelos homens africanos com uma diferença percentual inferior em 10%. Cerca de 24% dos homens africanos dá uma resposta negativa. Todavia, na comunidade brasileira, 50% dos homens e 55% das mulheres responde afirmativamente.

Assim, observa-se que a comunidade brasileira, sobretudo as mulheres, têm percentagens menores (comparativamente a todos os migrantes) na categoria “não sei”. As mulheres brasileiras registam uma percentagem superior de respostas afirmativas em relação a todos os migrantes, distanciando-se sobretudo em 20% das mulheres da comunidade africana. No âmbito da comunidade africana são os homens que respondem

com percentagens menores na categoria “não sei” e percentagens maiores de resposta afirmativa.

No que diz respeito à **forma de evitar à infecção do VIH/SIDA**, elaboraram-se duas tabelas em que a resposta “Sim” constitui uma resposta incorrecta (Tabela 6) ou correcta (Tabela 7). Nas tabelas 8 e 9 faz-se a mesma análise relativamente diferença entre sexos.

**Tabela 6 - Evitar a infecção VIH/SIDA (diferença entre comunidades) em que o “Sim” corresponde a uma opção de resposta incorrecta**

		País/Comunidade					
		Africanos		Brasileiros		Total	
		n	%	n	%	n	%
tendo relações sexuais com um parceiro que seja fiel?	Não	55	29,6%	40	40,0%	95	33,2%
	Sim	110	59,1%	55	55,0%	165	57,7%
	Não sei	21	11,3%	5	5,0%	26	9,1%
reduzindo o número de parceiros sexuais?	Não	66	35,5%	50	51,0%	116	40,8%
	Sim	99	53,2%	47	48,0%	146	51,4%
	Não sei	21	11,3%	1	1,0%	22	7,7%
vacinando-me?	Não	109	59,2%	70	72,2%	179	63,7%
	Sim	37	20,1%	19	19,6%	56	19,9%
	Não sei	38	20,7%	8	8,2%	46	16,4%
praticando o coito interrompido?	Não	124	68,1%	75	75,8%	199	70,8%
	Sim	12	6,6%	11	11,1%	23	8,2%
	Não sei	46	25,3%	13	13,1%	59	21,0%
não utilizando casas de banho públicas?	Não	107	58,2%	73	73,0%	180	63,4%
	Sim	52	28,3%	17	17,0%	69	24,3%
	Não sei	25	13,6%	10	10,0%	35	12,3%
utilizando cremes espermicidas?	Não	109	61,6%	79	79,0%	188	67,9%
	Sim	9	5,1%	5	5,0%	14	5,1%
	Não sei	59	33,3%	16	16,0%	75	27,1%

Observa-se que a comunidade africana tem mais percentagens na categoria “não sei” que variam de 11% a 33%, sobretudo nas opções de resposta: praticando o coito interrompido, 25% e utilizando cremes espermicidas 33%. Já a comunidade brasileira regista na categoria “não sei” uma variação de 1% a 16% e têm valores percentuais inferiores nas respostas “sim”, excepto na opção de resposta “praticando o coito interrompido” Assim, a comunidade africana tem percentagens superiores de respostas “sim”, nomeadamente nas opções de resposta: tendo relações sexuais com um parceiro que seja fiel 59%, enquanto os brasileiros registam 55%; reduzindo o número de parceiros sexuais 53%, comparando com 48% dos brasileiros; através da vacinação 20%, enquanto os brasileiros registam 19%; não utilizando casas de banho públicas

28%, comparativamente a 17% dos brasileiros. A exceção é que registam na opção de resposta "praticando coito interrompido" uma percentagem inferior de "sim"

**Tabela 7 - Evitar a infecção VIH/SIDA (diferença entre comunidades) em que o "Sim" corresponde a uma opção de resposta correcta**

		País/Comunidade					
		Africanos		Brasileiros		Total	
		n	%	n	%	n	%
utilizando o preservativo em todas as relações sexuais?	Não	12	6,4%	8	8,0%	20	7,0%
	Sim	160	85,6%	89	89,0%	249	86,8%
	Não sei	15	8,0%	3	3,0%	18	6,3%
tendo relações sexuais somente com um parceiro que não esteja infectado e que seja fiel?	Não	39	20,9%	22	22,2%	61	21,3%
	Sim	127	67,9%	71	71,7%	198	69,2%
	Não sei	21	11,2%	6	6,1%	27	9,4%
abstendo-me de ter relações sexuais?	Não	65	35,1%	46	46,0%	111	38,9%
	Sim	106	57,3%	54	54,0%	160	56,1%
	Não sei	14	7,6%	0	0,0%	14	4,9%
não partilhando seringas?	Não	17	9,3%	5	5,0%	22	7,8%
	Sim	154	84,2%	93	93,0%	247	87,3%
	Não sei	12	6,6%	2	2,0%	14	4,9%

Ambas as comunidades têm uma percentagem igual ou superior a 84% de respostas "sim" nas seguintes variáveis: a utilização do preservativo em todas as relações sexuais e a não partilha de seringas (tabela 7). A comunidade africana tem uma percentagem inferior de respostas "sim" comparativamente à brasileira, com exceção na opção de resposta "abstendo-me de ter relações sexuais" com cerca de 64% de respostas "sim".

**Tabela 8 - Evitar a infecção VIH/SIDA (diferença entre sexos) em que o “Sim” corresponde a uma opção de resposta incorrecta**

		País/Comunidade											
		Africanos				Brasileiros				Total			
		Sexo				Sexo				Sexo			
		feminino		masculino		feminino		masculino		feminino		masculino	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
tendo relações sexuais com um parceiro que seja fiel?	Não	36	29,5%	19	29,7%	22	50,0%	18	32,1%	58	34,9%	37	30,8%
	Sim	70	57,4%	40	62,5%	19	43,2%	36	64,3%	89	53,6%	76	63,3%
	Não sei	16	13,1%	5	7,8%	3	6,8%	2	3,6%	19	11,4%	7	5,8%
reduzindo o número de parceiros sexuais?	Não	36	29,5%	30	46,9%	23	54,8%	27	48,2%	59	36,0%	57	47,5%
	Sim	70	57,4%	29	45,3%	19	45,2%	28	50,0%	89	54,3%	57	47,5%
	Não sei	16	13,1%	5	7,8%	0	0,0%	1	1,8%	16	9,8%	6	5,0%
vacinando-me?	Não	69	57,0%	40	63,5%	30	69,8%	40	74,1%	99	60,4%	80	68,4%
	Sim	24	19,8%	13	20,6%	8	18,6%	11	20,4%	32	19,5%	24	20,5%
	Não sei	28	23,1%	10	15,9%	5	11,6%	3	5,6%	33	20,1%	13	11,1%
praticando o coito interrompido?	Não	74	62,2%	50	79,4%	33	75,0%	42	76,4%	107	65,6%	92	78,0%
	Sim	9	7,6%	3	4,8%	6	13,6%	5	9,1%	15	9,2%	8	6,8%
	Não sei	36	30,3%	10	15,9%	5	11,4%	8	14,5%	41	25,2%	18	15,3%
não utilizando casas de banho públicas?	Não	66	54,5%	41	65,1%	33	75,0%	40	71,4%	99	60,0%	81	68,1%
	Sim	36	29,8%	16	25,4%	7	15,9%	10	17,9%	43	26,1%	26	21,8%
	Não sei	19	15,7%	6	9,5%	4	9,1%	6	10,7%	23	13,9%	12	10,1%
utilizando cremes espermicidas?	Não	68	58,1%	41	68,3%	34	77,3%	45	80,4%	102	63,4%	86	74,1%
	Sim	4	3,4%	5	8,3%	2	4,5%	3	5,4%	6	3,7%	8	6,9%
	Não sei	45	38,5%	14	23,3%	8	18,2%	8	14,3%	53	32,9%	22	19,0%

Segundo os resultados da tabela 8, as mulheres africanas respondem na categoria “não sei”, com uma variação percentual de 13% a 38%, destacando-se assim com valores superiores nesta categoria. Na comunidade africana não se assinala uma diferença entre os sexos ao nível do conhecimento, ou seja homens e mulheres respondem incorrectamente. Em relação à comunidade brasileira, as mulheres registam percentagens menores de respostas incorrectas do que os homens, destacando-se sobretudo as opções de resposta: “tendo relações sexuais com um parceiro que seja fiel”, com 43% enquanto os homens registam 64%; “reduzindo o número de parceiros sexuais” com 45%, enquanto os homens atingem 50%. Têm quase sempre uma diferença percentual superior na categoria “não sei”, mas apesar deste registo são as que respondem com menos percentagens de respostas incorrectas em relação a todos os respondentes.

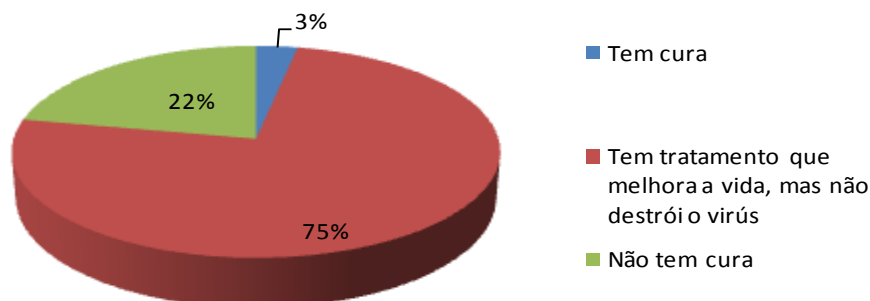
**Tabela 9 - Evitar a infecção VIH/SIDA (diferença entre sexos) em que o “Sim” corresponde a uma opção de resposta correcta**

		País/Comunidade											
		Africanos				Brasileiros				Total			
		Sexo				Sexo				Sexo			
		feminino		masculino		feminino		masculino		feminino		masculino	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
utilizando o preservativo em todas as relações sexuais?	Não	7	5,7%	5	7,8%	5	11,4%	3	5,4%	12	7,2%	8	6,7%
	Sim	104	84,6%	56	87,5%	38	86,4%	51	91,1%	142	85,0%	107	89,2%
	Não sei	12	9,8%	3	4,7%	1	2,3%	2	3,6%	13	7,8%	5	4,2%
tendo relações sexuais somente com um parceiro que não esteja infectado e que seja fiel?	Não	27	22,0%	12	18,8%	14	31,8%	8	14,5%	41	24,6%	20	16,8%
	Sim	80	65,0%	47	73,4%	27	61,4%	44	80,0%	107	64,1%	91	76,5%
	Não sei	16	13,0%	5	7,8%	3	6,8%	3	5,5%	19	11,4%	8	6,7%
abstendo-me de ter relações sexuais?	Não	33	27,3%	32	50,0%	19	43,2%	27	48,2%	52	31,5%	59	49,2%
	Sim	77	63,6%	29	45,3%	25	56,8%	29	51,8%	102	61,8%	58	48,3%
	Não sei	11	9,1%	3	4,7%	0	0,0%	0	0,0%	11	6,7%	3	2,5%
não partilhando seringas?	Não	10	8,2%	7	11,5%	3	6,8%	2	3,6%	13	7,8%	9	7,7%
	Sim	102	83,6%	52	85,2%	40	90,9%	53	94,6%	142	85,5%	105	89,7%
	Não sei	10	8,2%	2	3,3%	1	2,3%	1	1,8%	11	6,6%	3	2,6%

Segundo a análise da tabela 9, verifica-se uma diferença percentual superior de respostas “sim” por parte dos homens africanos em relação às mulheres da sua comunidade, excepto na opção “abstendo-me de ter relações sexuais”, na qual as africanas registam 63,6%. Consta-se uma semelhança no comportamento de resposta dos homens brasileiros em relação à mulher brasileira nomeadamente: “tendo relações sexuais com um parceiro que não esteja infectado e que seja fiel” com 80% enquanto as mulheres atingem 61%. Comparativamente à comunidade africana, sublinha-se que os homens brasileiros respondem com percentagens superiores de respostas correctas.

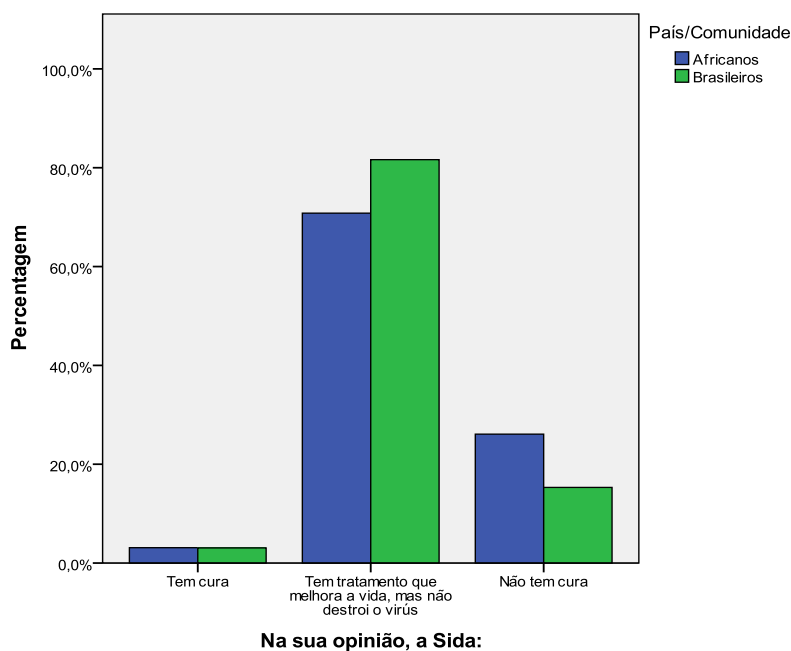
A questão seguinte está relacionada com a **SIDA**. A figura 26 evidencia as respostas da população migrante. Existem três opções de resposta possíveis: **se tem cura; se não tem cura e se tem tratamento que melhora a vida, mas não destrói o vírus**

**Figura 26 - Distribuição das opiniões: a SIDA tem cura, tem tratamento que melhora a vida, mas não destrói o vírus ou não tem cura**



Cerca de 75% da população migrante afirma que a SIDA tem tratamento que melhora a vida, mas não destrói o vírus. Contudo, 22% regista que “não tem cura”. Cerca de 3% responde incorrectamente que “tem cura”. A figura 27 reflecte a opinião de ambas as comunidades as quais respondem correctamente de certa forma, uma vez que registam uma percentagem igual ou superior a 70% de que a SIDA tem tratamento que melhora a vida, mas não destrói o vírus.

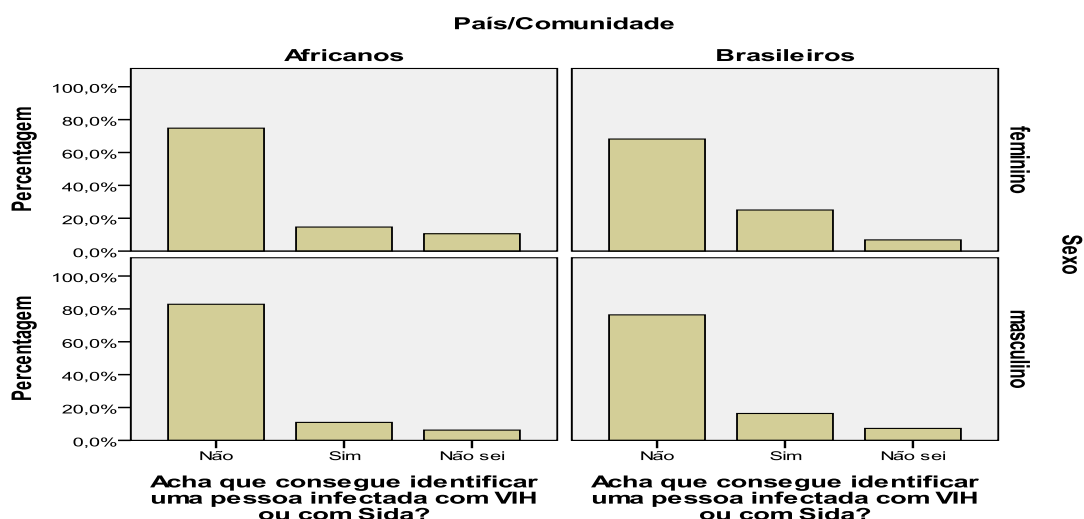
**Figura 27 – Distribuição das opiniões: a SIDA tem cura; tem tratamento que melhora a vida, mas não destrói o vírus ou não tem cura (diferença entre comunidades)**



No que diz respeito ao sexo, homens e mulheres de cada comunidade têm comportamentos semelhantes, uma vez que cerca de 85% e cerca de 80% dos homens e mulheres da comunidade brasileira responde que a “Sida tem tratamento que melhora a vida, mas não destrói o vírus” respectivamente. Os homens africanos atingem cerca de 72% nesta opção de resposta, mais 3% do que as mulheres africanas. Observa-se, segundo estes resultados, que a comunidade brasileira tem percentagens maiores na opção de resposta correcta do que a comunidade africana, bem como os homens de cada comunidade.

As duas últimas questões relativamente aos conhecimentos estão relacionadas com a imagem/aparência de uma pessoa que vive com o VIH. Assim a primeira é: **“Consegue identificar uma pessoa infectada com VIH ou com SIDA”**. As comunidades respondem com mais percentagens de respostas negativas, diferenciando-se apenas em cerca de 5%: 78% para os africanos e 73% para os brasileiros. Na categoria “sim” são os brasileiros que respondem em maior número, cerca de 20% comparativamente a 15% dos africanos. A figura 28 ilustra os comportamentos das respostas relativamente ao sexo.

**Figura 28 – Distribuição relativa à capacidade de identificar uma pessoa infectada com VIH ou com SIDA (diferença entre sexos)**



Segundo os resultados, os homens (sobretudo os africanos) têm uma percentagem superior de respostas negativas comparativamente às mulheres. No que diz respeito às respostas afirmativas e comparativamente à população migrante, as mulheres



brasileiras têm uma percentagem ligeiramente superior (21%) comparativamente às restantes classes. Apesar de não se encontrarem nestes resultados diferenças reveladoras entre comunidades e sexo, observa-se que existe uma percentagem superior de brasileiros que identifica uma pessoa infectada com VIH ou com SIDA.

A tabela 10 (comparação de respostas entre comunidades) e tabela 11 (comparação de respostas entre sexos) têm seis opções de resposta, que são um seguimento da pergunta acabada de analisar: se o respondente consegue identificar alguém infectado com o vírus, **quais os sinais/sintomas que permitem identificar essa pessoa**. As opções de respostas apresentadas são os “mitos” relativos ao VIH/SIDA.

**Tabela 10 -Sinais/sintomas que permitem identificar essa pessoa (diferença entre comunidades) em que o “Sim” corresponde a uma opção de resposta incorrecta**

		País/Comunidade					
		Africanos		Brasileiros		Total	
		n	%	n	%	n	%
ter manchas no corpo?	Não	176	93,1%	89	89,0%	265	91,7%
	Sim	13	6,9%	11	11,0%	24	8,3%
emagrecimento/perda de peso?	Não	168	88,9%	83	83,0%	251	86,9%
	Sim	21	11,1%	17	17,0%	38	13,1%
baixa imunidade/tem muitas doenças?	Não	180	95,2%	91	91,0%	271	93,8%
	Sim	9	4,8%	9	9,0%	18	6,2%
mau aspecto?	Não	177	93,7%	85	85,0%	262	90,7%
	Sim	12	6,3%	15	15,0%	27	9,3%
não sei	Não	188	99,5%	99	99,0%	287	99,3%
	Sim	1	0,5%	1	1,0%	2	0,7%

A partir da análise efectuada, a comunidade brasileira tem uma ligeira diferença percentual superior nas respostas “sim”, do que a comunidade africana (tabela 10) nomeadamente: emagrecimento/perda de peso cerca de 17% enquanto os africanos cerca de 11%; mau aspecto cerca de 15%, enquanto os africanos cerca de 6%. Observa-se assim que os africanos têm percentagens menores de respostas incorrectas.

**Tabela 11 - Sinais/sintomas que permitem identificar essa pessoa (diferença entre sexos) em que o “Sim” corresponde a uma opção de resposta incorrecta**

		País/Comunidade											
		Africanos				Brasileiros				Total			
		Sexo				Sexo				Sexo			
		feminino		masculino		feminino		masculino		feminino		masculino	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ter manchas no corpo?	Não	114	91,9%	62	95,4%	37	84,1%	52	92,9%	151	89,9%	114	94,2%
	Sim	10	8,1%	3	4,6%	7	15,9%	4	7,1%	17	10,1%	7	5,8%
emagrecimento/perda de peso?	Não	110	88,7%	58	89,2%	35	79,5%	48	85,7%	145	86,3%	106	87,6%
	Sim	14	11,3%	7	10,8%	9	20,5%	8	14,3%	23	13,7%	15	12,4%
baixa imunidade/tem muitas doenças?	Não	117	94,4%	63	96,9%	36	81,8%	55	98,2%	153	91,1%	118	97,5%
	Sim	7	5,6%	2	3,1%	8	18,2%	1	1,8%	15	8,9%	3	2,5%
mau aspecto?	Não	114	91,9%	63	96,9%	35	79,5%	50	89,3%	149	88,7%	113	93,4%
	Sim	10	8,1%	2	3,1%	9	20,5%	6	10,7%	19	11,3%	8	6,6%
não sei	Não	123	99,2%	65	100,0%	43	97,7%	56	100,0%	166	98,8%	121	100,0%
	Sim	1	0,8%	0	0,0%	1	2,3%	0	0,0%	2	1,2%	0	0,0%

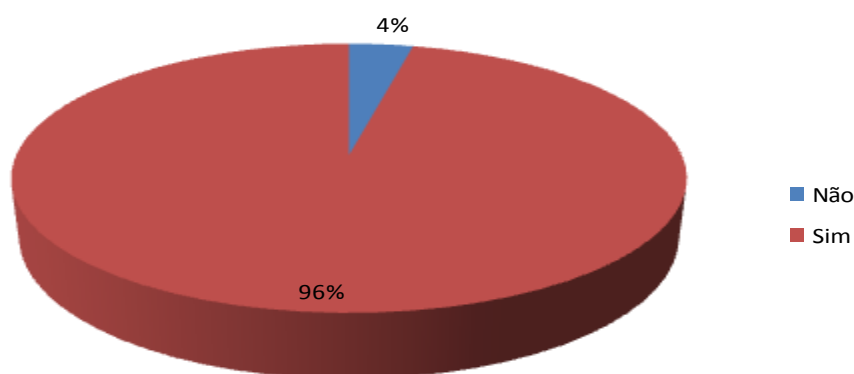
Na tabela 11, observa-se que as mulheres africanas e brasileiras têm percentagens superiores de respostas “sim” do que os homens africanos e brasileiros. Os homens de ambas as comunidades têm menos percentagens de “sim” como opção de resposta incorrecta.

## ANÁLISE DOS RESULTADOS RELATIVAMENTE AOS COMPORTAMENTOS DA POPULAÇÃO MIGRANTE AFRICANA E BRASILEIRA FACE AO VIH/SIDA

O questionário apresentado aos respondentes tem 25 perguntas relativamente aos comportamentos da população migrante face ao VIH/SIDA, no entanto devido ao elevado número de *missings* analisaram-se apenas 20 destas perguntas.

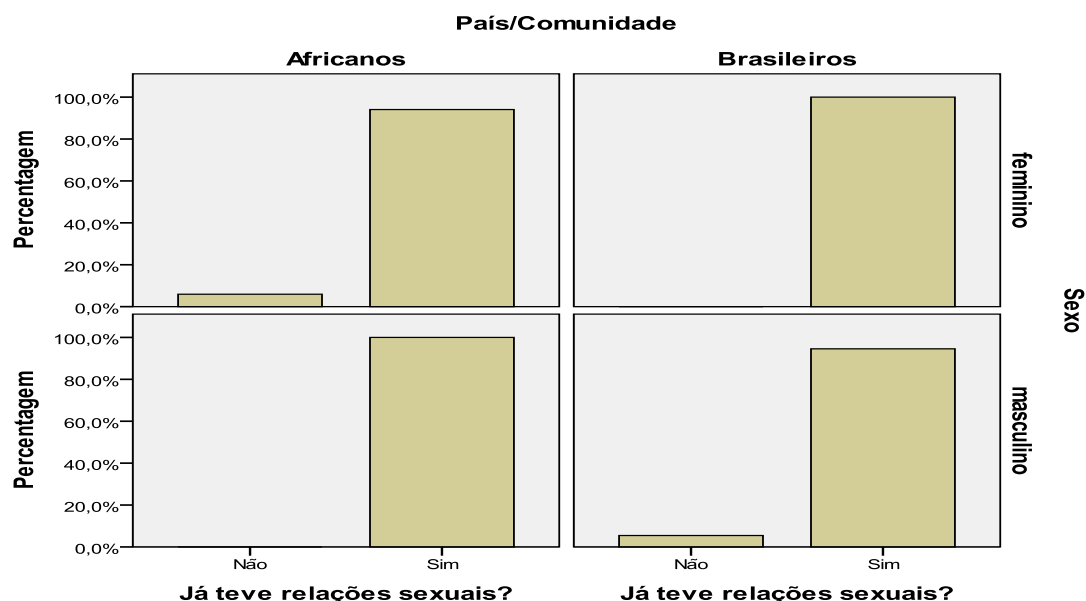
A figura 29 ilustra as respostas da população migrante à pergunta “**Já teve relações sexuais?**”.

**Figura 29 - Distribuição relativa à actividade sexual dos migrantes**



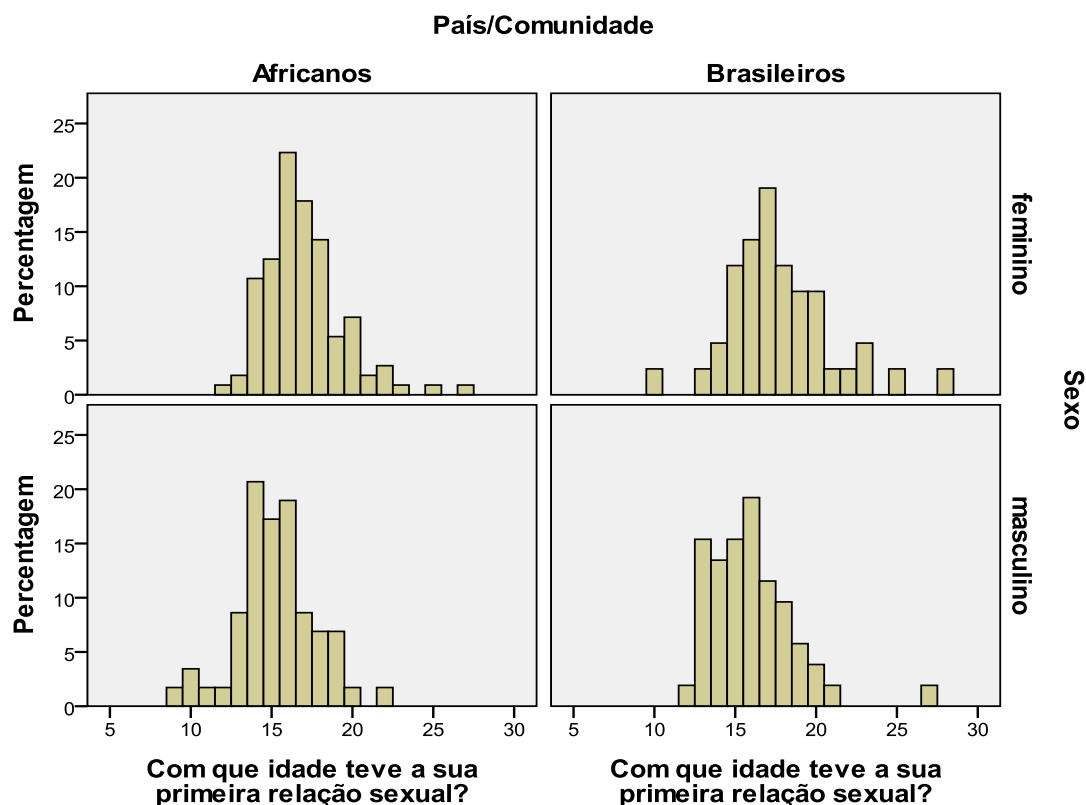
Segundo esta análise, observa-se que cerca de 96% da população migrante responde que já teve relações sexuais. A análise respeitante à diferença de respostas entre sexos (figura 30) observa-se que as mulheres africanas e os homens brasileiros registam cerca de 4% de resposta negativa, enquanto os restantes migrantes atingem 100% de resposta afirmativa.

**Figura 30 – Distribuição relativa à actividade sexual dos migrantes (diferença entre sexos)**



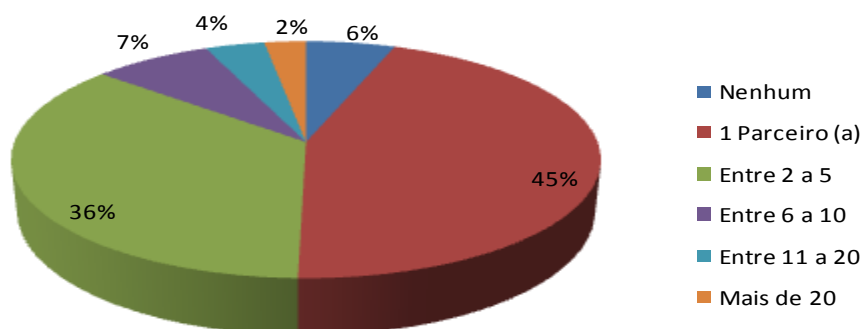
A questão seguinte está relacionada com o início da actividade sexual, a saber: **Com que idade em que teve a primeira relação sexual.** No que diz respeito à análise resultante das comunidades, observa-se a partir da (figura 31) que os africanos e brasileiros iniciaram a sua actividade sexual entre os 13 e os 16 anos de idade. No entanto, observa-se em relação aos sexos, no âmbito de cada comunidade, que há um maior número de homens que iniciou a actividade sexual aos 13 e 14 anos de idade do que de mulheres. Destaca-se que existe um maior número de homens brasileiros na faixa etária dos 13 anos em relação a todos os outros migrantes. De sublinhar que as mulheres brasileiras e homens africanos são os que registam actividade sexual em diversas faixas etárias, por exemplo aos 9 e 10 anos de idade, como também as primeiras aos 22 anos de idade.

**Figura 31 – Distribuição relativa à idade da primeira relação sexual**



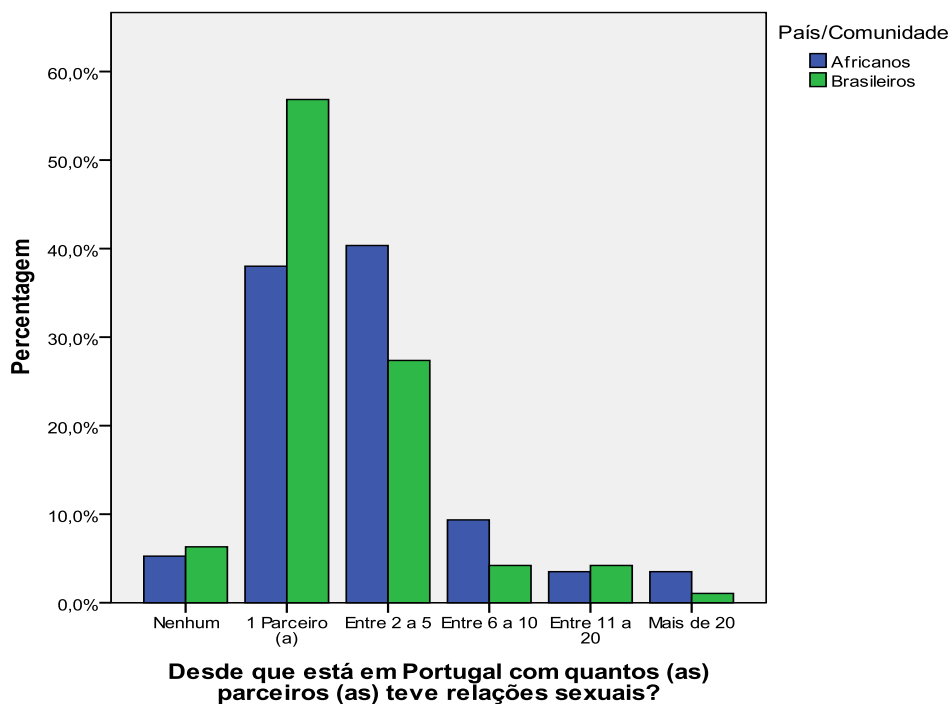
As quatro questões seguintes são relativas aos parceiros sexuais. A primeira pergunta é: “**Desde que chegou a Portugal, com quantos (as) parceiros (as) teve relações sexuais**”. A figura 32 evidencia as respostas da população migrante.

**Figura 32 - Distribuição relativa ao número de parceiros (as) sexuais desde a chegada a Portugal**



Constata-se que as categorias com maior percentagem seleccionadas pelos migrantes são as seguintes: “1 parceiro (a)” e “entre 2 a 5” parceiros: 45% e 36%, respectivamente. As restantes categorias registam percentagens inferiores, abaixo dos 8%.

**Figura 33 - Distribuição relativa ao número de parceiros (as) sexuais desde a chegada a Portugal (diferença entre comunidades)**



Observa-se segundo os resultados (figura 33) que ambas as comunidades respondem sobretudo nas duas categorias “um parceiro” e “2-5” parceiros. Enquanto mais de metade dos brasileiros tem “um parceiro” desde que está em Portugal, os africanos registam cerca de 38%. Já na categoria “2-5” passa-se o inverso, ou seja são os africanos que têm uma percentagem superior em cerca de 12% comparativamente a cerca de 40% dos brasileiros. A terceira categoria mais seleccionada é diferente para ambas as comunidades, ou seja, 10% dos africanos selecciona “entre 6 a 10” parceiros, enquanto 7% dos brasileiros selecciona “nenhum” parceiro.

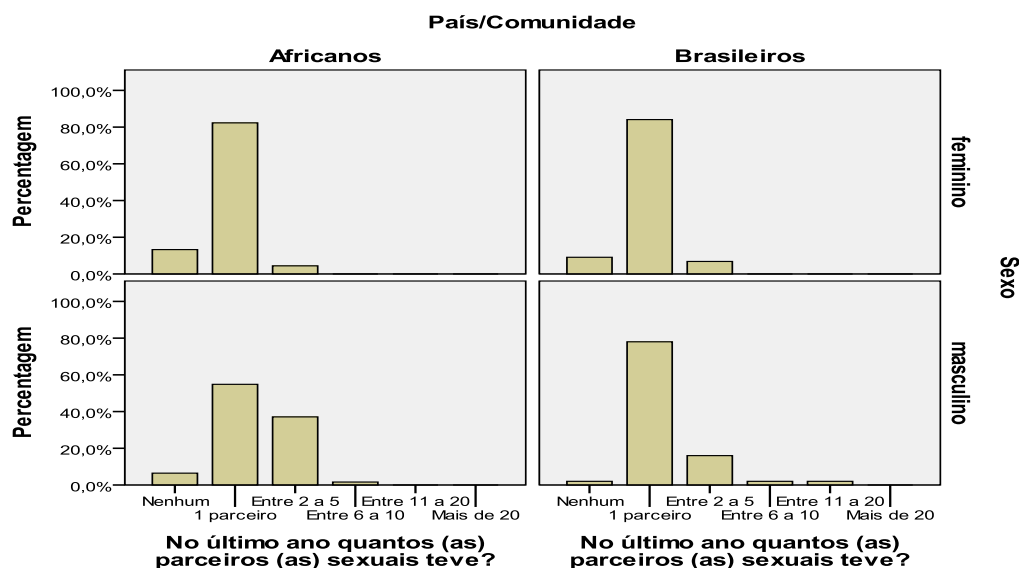
Ao observar-se a diferença de respostas do mesmo sexo, as mulheres brasileiras registam mais percentagem na categoria “um parceiro” do que as africanas: 60% e 45% respectivamente. Passa-se o inverso na categoria “2 a 5” parceiros, uma vez que as africanas respondem com mais percentagem (38%) do que as brasileiras (25%). Em

relação aos homens, são igualmente os africanos a reportarem percentagens superiores do que os brasileiros nas categorias: “2-5”; “6-10” e “mais de 20” parceiros. Aqui, sublinha-se sobretudo a diferença percentual superior dos homens africanos em 18% na categoria “2-5” parceiros.

As diferenças a sublinhar entre homens e mulheres é que enquanto os primeiros registam uma dispersão de percentagens por todas as categorias, inclusive na categoria “mais de 20” parceiros, as percentagens das mulheres estão concentradas sobretudo nas categorias “um parceiro” e “2-5” parceiros.

A segunda questão sobre este tema é a seguinte: **“No último ano quantos parceiros sexuais teve”** Segundo o resultado da análise das comunidades, ambas respondem na categoria “1 parceiro”, com percentagem igual ou superior a 71%, embora os brasileiros registem uma percentagem superior. No entanto, os africanos têm mais de um parceiro no último ano, visto que atingem na categoria “entre 2 a 5” parceiros, cerca de 17%, enquanto os brasileiros registam 13%. Já na categoria “11 a 20” parceiros, os brasileiros registam 2%, enquanto os africanos registam 0%. Na análise respeitante aos sexos. A figura 34 ilustra os resultados relativos aos sexos:

**Figura 34 -Distribuição relativa ao número de parceiros (as) sexuais no último ano (diferença entre sexos)**



As mulheres têm percentagens superiores, cerca de 80% na categoria “1 parceiro”, comparativamente aos homens como ilustra a (figura 34). No entanto na

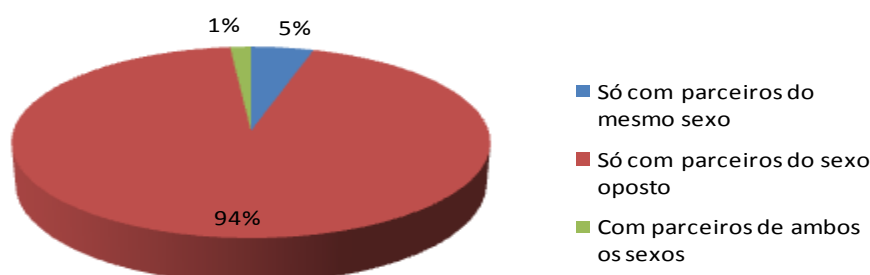
categoria “2 a 5 “ parceiros, os homens têm mais percentagem comparativamente às mulheres, sobretudo os homens africanos com cerca de 40%.No entanto na categoria “nenhum”, 15% das mulheres africanas e 10% das brasileiras regista mais percentagens do que os homens. No caso dos homens, também registam percentagens superiores, mas nas categorias “2 a 5”, “6 a 10” e “11 a 20” parceiros.

No seguimento da pergunta anterior, relativa ao número de parceiros, colocou-se a seguinte questão: **“Destes parceiros, quantos eram”: fixos (namorado (a); marido/mulher, companheiro (a) ou ocasionais”**. Ambas as comunidades atingem aproximadamente 90% na categoria “fixos namorado(a); marido/mulher; companheiro(a). Observa-se que na categoria “ocasionais” os africanos e brasileiros têm resposta semelhante, uma vez que registam um valor igual ou superior a 15%. Analisando os dados relativos às respostas dos homens e mulheres, verifica-se que os homens têm mais percentagem na categoria “ocasionais” do que as mulheres, nomeadamente: 30% e 10% dos homens africanos e brasileiros respectivamente, enquanto as mulheres africanas e brasileiras registam 3% e 6%, respectivamente. De salientar que as mulheres têm percentagem superior na primeira categoria “fixos-namorado (a); marido/mulher, companheiro (a)”, enquanto os homens têm mais percentagem na categoria parceiros “ocasionais”.

A figura 35 ilustra as respostas da população migrante relativamente às relações sexuais com um determinado tipo de parceiro, a saber: **“Desde que está em Portugal, tem relações sexuais: só com parceiros do mesmo sexo, só com parceiros do sexo oposto ou com parceiros de ambos os sexos”**.



**Figura 35 – Distribuição relativa ao tipo de parceiros sexuais**

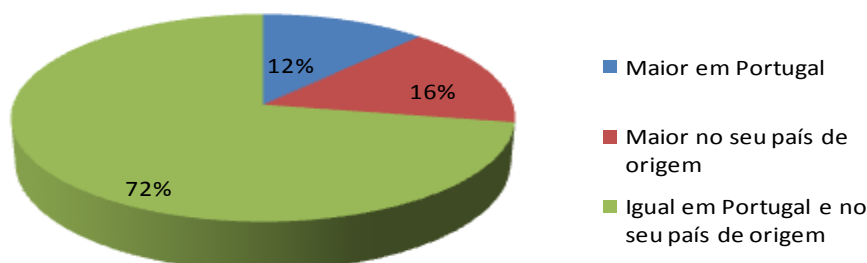


Cerca de 94% da população migrante tem relações sexuais com parceiros do sexo oposto. Cerca de 5% com parceiros do mesmo sexo e apenas 1% com parceiros de ambos os sexos. No que diz respeito ao comportamento das comunidades, a moda encontra-se na categoria “só com parceiros do sexo oposto”. A comunidade brasileira é aquela que tem parceiros sexuais do mesmo sexo e de ambos os sexos, uma vez que regista 8% na categoria “só com parceiros do mesmo sexo”, comparativamente a 3% da comunidade africana, e 5% na categoria “com parceiros de ambos os sexos”, enquanto os africanos têm 0% de respostas.

Relativamente à análise entre os sexos, cerca de 100% das mulheres africanas responde na categoria “só com parceiros do sexo oposto”. Em relação aos restantes migrantes as percentagens são inferiores, sobretudo as mulheres brasileiras com menos 14%, os homens brasileiros com menos 10%. A destacar que são as mulheres brasileiras de todos os migrantes que responde com percentagens superiores na opção “só com parceiros do mesmo sexo”, uma vez que registam cerca de 10%, comparativamente a 5% dos homens brasileiros e a 3% dos homens africanos. Sublinha-se igualmente que cerca de 2% e 5% das mulheres e homens brasileiros responde na categoria “com parceiros de ambos os sexos” respectivamente.

A questão que vem a seguir é respeitante ao local onde possa existir maior risco de infecção. A figura 36, evidencia as respostas dos migrantes sobre **“Qual o local que pensam existir maior risco de infecção: maior em Portugal, maior no seu país de origem ou igual em Portugal e no seu país de origem”**.

**Figura 36 – Distribuição relativa ao local de risco de infecção do VIH ou DTS**



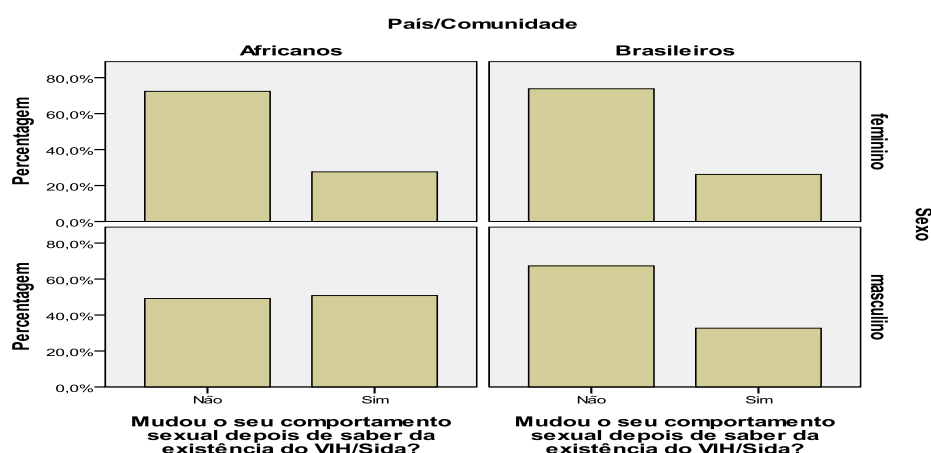
Apesar de 72% da população migrante achar que o risco de ser infectado com VIH/SIDA ou de ter outras DTS é igual em Portugal e no seu país de origem, cerca de 16% responde que é maior no seu país de origem e 12% maior em Portugal. Analisando as respostas das comunidades, embora ambas respondam com percentagens mais altas na categoria “igual em Portugal e no seu país de origem”, contudo os brasileiros destacam-se com uma diferença percentual superior em cerca de 20%.

Observa-se que a opinião da comunidade africana divide-se, visto que 25% responde que é o risco de infecção é “maior no seu país de origem” e cerca de 15% na categoria “maior em Portugal” e a restante percentagem crê que o risco é em ambos os países. Já a comunidade brasileira regista valores percentuais inferiores, sublinhando-se contudo que 10% achar que o risco de infecção é “maior em Portugal”. Homens e mulheres têm comportamentos semelhantes de resposta na categoria no âmbito de cada comunidade, uma vez que seleccionam que o risco de infecção é “igual em Portugal e no seu país de origem” (percentagem igual ou superior a 65%). Observando as diferenças relevantes e a proporção das restantes categorias, enquanto os homens e mulheres africanos respondem que o risco de ser infectado com VIH/SIDA ou de ter outras DTS é maior no seu país de origem, as mulheres e sobretudo os homens brasileiros respondem que é maior em Portugal.

A duas questões que se seguem são relativas ao comportamento sexual. A primeira é a seguinte: **“Mudou o seu comportamento sexual depois de saber a existência do VIH/SIDA”**.

No que diz respeito às comunidades, ambas respondem que não mudaram o seu comportamento sexual depois de saber da existência do VIH/SIDA, sobretudo a comunidade brasileira com cerca de 70%. No entanto, os africanos registam mais 8% de resposta afirmativa em relação aos brasileiros. Os dados relativos à diferença entre homens e mulheres (figura 37) evidenciam que os homens africanos são aqueles que mais mudaram o seu comportamento sexual depois de saberem da existência do VIH/SIDA em relação aos outros, registando 45%, seguidos pelos homens brasileiros com 35%. Apenas 20% das mulheres de ambas as comunidades regista que mudou o seu comportamento sexual.

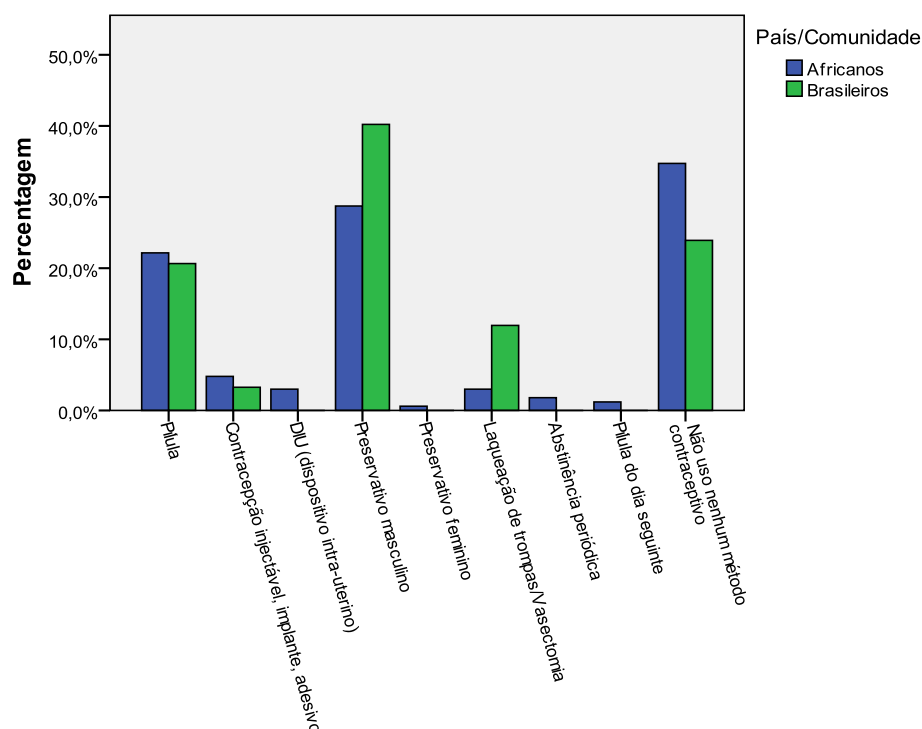
**Figura 37 - Distribuição relativa à mudança de comportamento sexual (diferença entre sexos)**



A segunda questão no âmbito do comportamento sexual é a seguinte: **“Desde que chegou a Portugal, mudou o seu comportamento sexual”**. Ambas as comunidades não mudaram o seu comportamento sexual desde que chegaram a Portugal, sobretudo cerca de 78% dos africanos. No entanto, 30% da comunidade brasileira responde que mudou o seu comportamento. Observando os dados relativos às respostas afirmativas dos homens e mulheres, são os homens brasileiros que se destacam ligeiramente dos restantes, uma vez que registam cerca de 40%. Quem menos mudou o comportamento são as mulheres africanas com 15% de respostas afirmativas.

As próximas séries de questões são referentes ao preservativo, no entanto a primeira questão, é mais abrangente, com nove opções de resposta, a saber: **“Gostaria de lhe perguntar que métodos de contracepção utiliza actualmente”**.

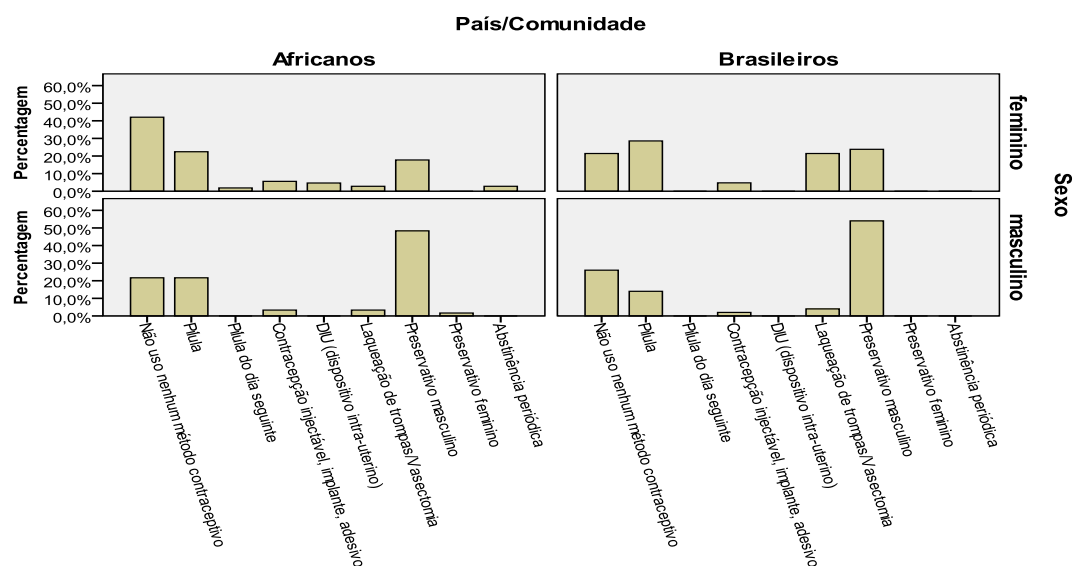
**Figura 38 – Distribuição relativa à opção dos métodos contraceptivos (diferença entre comunidades)**



De acordo com os resultados obtidos, a figura 38 evidencia que as três categorias com percentagens mais elevadas são: o preservativo masculino, a não-utilização de método contraceptivo e a pílula. Ambas as comunidades elegem o preservativo masculino como método de contracepção, nomeadamente 38% dos brasileiros e 28% dos africanos. No entanto a segunda categoria mais seleccionada é a não-utilização de nenhum método de contracepção, nomeadamente 25% da comunidade brasileira e 35% da comunidade africana. A terceira categoria seleccionada é a pílula, para 21% de ambas as comunidades. Cerca de 12% da comunidade brasileira responde que faz laqueação de trompas.

Por ordem decrescente de importância, ambas as comunidades seleccionam como opção de resposta: o preservativo masculino e a pílula. Apesar de seleccionarem estes métodos, destaca-se que “a não-utilização de métodos contraceptivos” foi a segunda opção para os brasileiros e a primeira para os Africanos. A figura 39 ilustra os comportamentos de respostas entre os sexos.

**Figura 39 - Distribuição relativa à opção dos métodos contraceptivos (diferença entre sexos)**

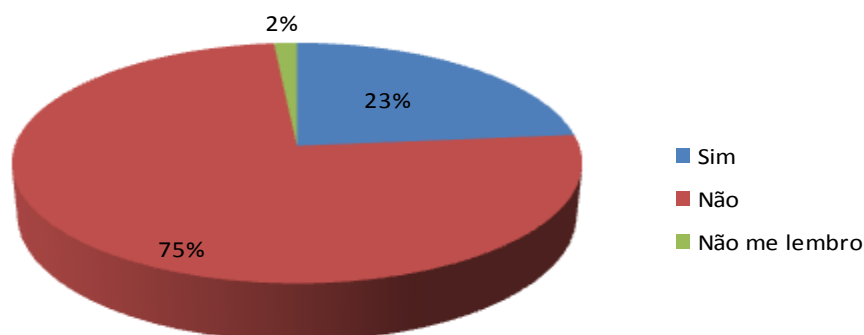


As mulheres elegem dois métodos de contracepção que coincidem, embora variem de grau de importância. As africanas elegem: a pílula 22%, o preservativo masculino 18%, e a contracepção injectável, implante, adesivo 5%. As brasileiras elegem a pílula 25%, o preservativo masculino 22%, a laqueação de trompas 22% e a contracepção injectável, implante, adesivo 5%. A destacar que 40% das mulheres africanas e 20% das mulheres brasileiras elegem a não utilização de nenhum método contraceptivo.

Os homens seleccionam os mesmos dois métodos de contracepção, mas com variação de percentagem: os africanos elegem o preservativo masculino 48%, e a pílula 21%. Os homens brasileiros elegem o preservativo masculino 52%, e a pílula 15%. A destacar igualmente, que 22% dos homens africanos e 27% dos homens brasileiros elegem a não utilização de nenhum método contraceptivo.

As sete questões que se seguem referem-se à **utilização ou não do preservativo, aquisição e problemas de utilização do preservativo masculino**. A primeira pergunta é: **“Utilizou preservativo na sua primeira relação sexual”**. A figura 40 evidencia as respostas da população migrante.

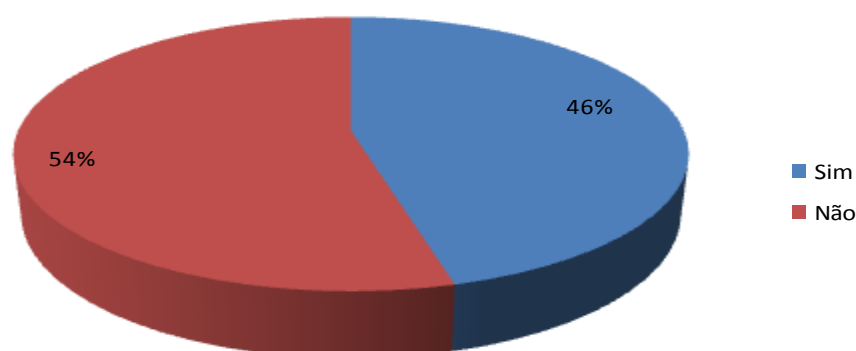
**Figura 40 – Distribuição relativa à utilização de preservativo na primeira relação sexual**



Observa-se que cerca de 75% da população migrante não utilizou preservativo na sua primeira relação sexual, enquanto 23% responde afirmativamente e apenas 2% não se lembra. No que diz respeito às comunidades, ambas não utilizaram preservativo na sua primeira relação sexual, sobretudo os africanos com cerca de 77%. No entanto 25% da comunidade brasileira responde afirmativamente. Relativamente ao comportamento de respostas de ambos os sexos, os homens africanos atingem cerca de 82% (percentagem ligeiramente superior) na categoria “não”, seguidos pela comunidade brasileira e pelas mulheres africanas. Sublinha-se a exceção de 5% das mulheres brasileiras responder na categoria “não me lembro”, comparativamente à restante população.

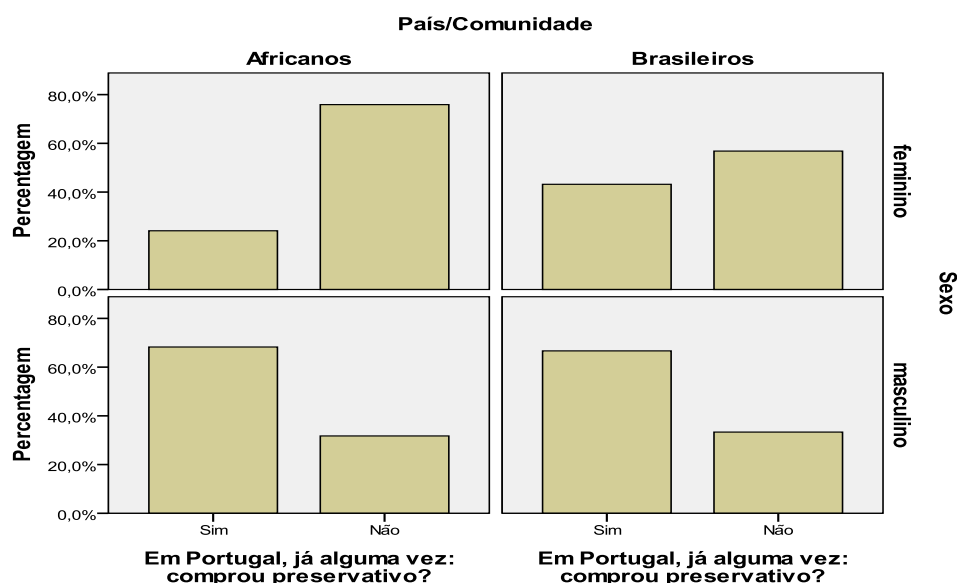
No que diz respeito à aquisição de preservativo em Portugal, a figura 41 ilustra as respostas da população migrante, na qual mais de metade regista que não comprou preservativo e 46% responde afirmativamente.

**Figura 41 – Distribuição relativa à aquisição de preservativo em Portugal**



Segundo os resultados, a maioria dos migrantes nunca comprou preservativo em Portugal. Observando as respostas relativas às comunidades, ambas dão respostas opostas uma vez que cerca de 60% dos africanos responde na categoria “não” e 55% dos brasileiros responde na categoria “sim”.

**Figura 42 – Distribuição relativa à aquisição de preservativo em Portugal (diferença entre sexos)**



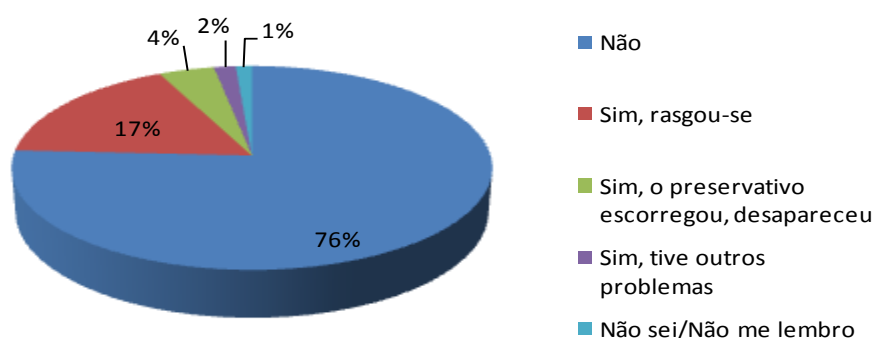
Nos resultados relativos ao comportamento entre sexos (figura 42), observa-se que cerca de 68% dos homens de ambas as comunidades responde que já comprou preservativo em Portugal, comparando com 43% das mulheres brasileiras e 23% das mulheres africanas.

Segundo estes resultados, observa-se que das duas comunidades, os brasileiros são os que compraram preservativos em Portugal. Na comparação efectuada entre homens e mulheres, os primeiros são os que mais adquiriram preservativos em Portugal.

Na sequência da pergunta anterior, a seguinte questiona se o respondente **“Já recebeu preservativos ou obteve de forma gratuita em Portugal”**. No que diz respeito à população migrante, observa-se que mais de metade (cerca de 58%) não recebeu gratuitamente preservativos em Portugal. O mesmo se constata em relação às comunidades, uma vez que mais de 50% de ambas responde na categoria “não”. No entanto, são os africanos que respondem afirmativamente com cerca de 45%, seguidos por 35% dos brasileiros. Analisando a diferença de respostas entre sexos, as mulheres brasileiras são as que se destacam com mais percentagem de respostas negativas (76%), seguidas pelas mulheres africanas. Assim, quem recebeu ou obteve preservativos gratuitamente, são cerca de 53% dos homens africanos, seguidos em simultâneo por 43% das mulheres africanas e dos homens brasileiros.

Relativamente à questão **“Alguma vez teve problemas na utilização do preservativo”**, a população migrante responde maioritariamente (76%) na categoria “não”, (figura 43), no entanto, cerca de 17% responde na categoria “sim, rasgou-se”. As restantes categorias têm percentagens bastantes inferiores.

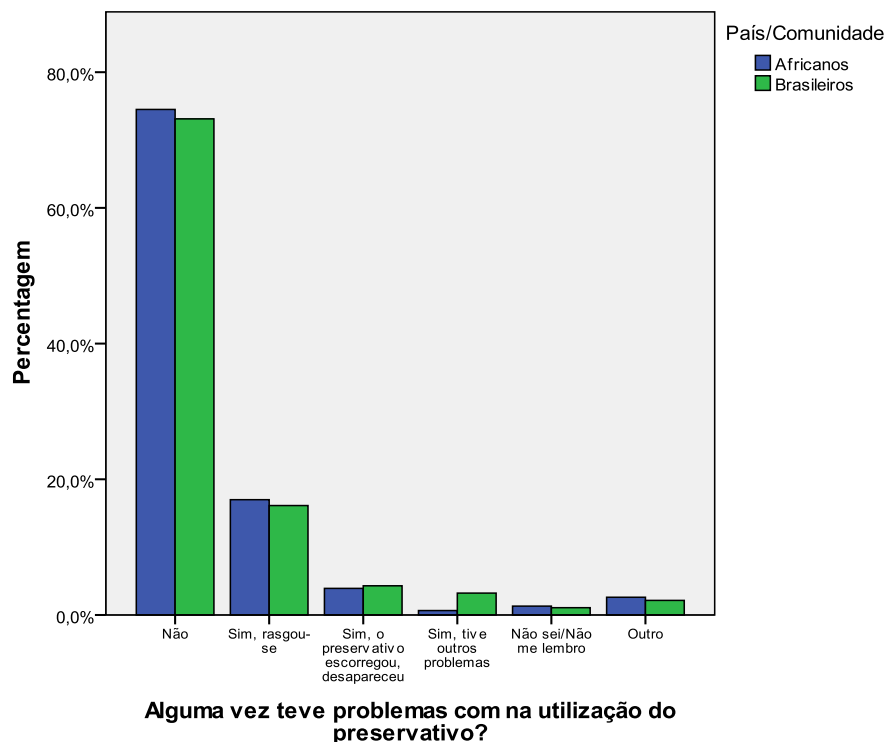
**Figura 43 – Distribuição relativa aos problemas na utilização do preservativo**





Os resultados relativos aos problemas encontrados na utilização do preservativo das comunidades africanas e brasileiras, a moda encontra-se na categoria “não” com aproximadamente 75% (figura 44).

**Figura 44 – Distribuição relativa aos problemas na utilização do preservativo (diferença entre comunidades)**



Contudo, destaca-se que cerca de 22% das comunidades responde que teve problemas sua utilização, porque o preservativo “rasgou-se” e 5% porque “o preservativo escorregou ou desapareceu”. Na análise de respostas face ao sexo, verifica-se que enquanto aproximadamente 80% das mulheres não teve problemas na utilização do preservativo, cerca de 25% dos homens responde na categoria “sim, rasgou-se”. Observa-se segundo estes resultados que a maioria dos africanos e brasileiros não teve problemas na utilização do preservativo, e que a percentagem de problemas identificados na sua utilização é a mesma para ambos, nomeadamente o preservativo ter-se rasgado ou ter escorregado e desaparecido. De salientar que 3% da comunidade brasileira responde que teve “outros problemas”.

No seguimento desta análise, a questão seguinte é: **“De momento, tem algum preservativo consigo ou em sua casa”** Observa-se que a população migrante, mais de metade (63%) dá uma resposta negativa e 36% dá uma resposta afirmativa. Em relação

às comunidades os africanos são aqueles que registam mais percentagem na categoria “não” com 67%, comparativamente a 58% dos brasileiros.

No que diz respeito às diferenças entre sexos, são os homens que respondem ter preservativos em casa, nomeadamente 50% dos africanos e 57% dos brasileiros. Em relação às mulheres, as africanas destacam-se com uma percentagem superior de resposta negativa, cerca de 78%, comparativamente a 68% das brasileiras. Observa-se a partir desta análise de dados, que a maioria da população migrante responde que não tem preservativos consigo ou na sua casa, tal como ambas as comunidades, sobretudo a comunidade africana. Em relação à diferença de resposta entre os dois sexos, as respostas são semelhantes, dividindo-se entre as categorias “sim” e “não”. As mulheres não têm preservativos consigo ou em casa, sobretudo a grande maioria das africanas.

De acordo com os resultados sobre a **“utilização de preservativo na última relação sexual”**, 71% da população migrante regista uma resposta negativa, comparativamente a 29% de resposta afirmativa. Ao analisar as respostas das comunidades, verifica-se que ambas têm um comportamento semelhante: cerca de 72% dos africanos e cerca de 67% dos brasileiros responde que não utilizou preservativo na última relação sexual. Na análise das respostas dos homens e mulheres, verifica-se que são similares. Todos respondem na categoria não, sobretudo os homens africanos com 82%. Cerca de 5% das mulheres brasileiras responde na categoria “não me lembro”. Observa-se a partir destes resultados, que ambas as comunidades não utilizaram preservativo na última relação sexual. Homens e mulheres registam respostas negativas existindo apenas uma ligeira diferença percentual, sendo que os homens africanos são os que respondem com uma percentagem superior nesta categoria.

Caso os respondentes respondessem que não utilizaram preservativo na última relação sexual, a pergunta seguinte é: **“se não, porquê?”** As tabelas 12 e 13 ilustram as percentagens relativas às comunidades e aos sexos, respectivamente. Esta pergunta tem 13 opções de resposta. As três opções que mais se destacam junto da população migrante são as seguintes: “são muito caros” 36%, “outro motivo” 22,5%, e por fim “não achei importante utilizar” 21,5%.

**Tabela 12 - Razão da não-utilização de preservativo na última relação sexual (diferença entre comunidades)**

	País/Comunidade					
	Africanos		Brasileiros		Total	
	n	%	n	%	n	%
Podia levantar dúvidas ao meu parceiro (a)	7	3,7%	2	2,0%	9	3,1%
O meu parceiro (a) não queria utilizar	15	7,9%	8	8,0%	23	8,0%
Reduz o meu prazer	3	1,6%	3	3,0%	6	2,1%
Reduz o prazer do meu parceiro	1	0,5%	0	0,0%	1	0,3%
Impede de sentir o corpo do outro	2	1,1%	1	1,0%	3	1,0%
Mata o romantismo	1	0,5%	1	1,0%	2	0,7%
Não tinha comigo quando precisei	1	0,5%	1	1,0%	2	0,7%
É complicado de utilizar	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Não sei onde os obter	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
São muito caros	68	36,0%	36	36,0%	104	36,0%
Não achei importante utilizar	44	23,3%	18	18,0%	62	21,5%
Outro motivo	38	20,1%	27	27,0%	65	22,5%
Sempre utilizei o preservativo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Nas respostas das comunidades, (tabela 12), pode-se destacar o seguinte: ambas apresentam as maiores percentagens nas opções “são muito caros”, “não achei importante utilizar” e “outro motivo”. Em relação à primeira opção, ambas as comunidades atingem 36%. Cerca de 23% dos africanos e 18% dos brasileiros selecciona a opção “não achei importante utilizar”. A opção “outro motivo” é seleccionada por 20% dos africanos e 27% dos brasileiros. Aproximadamente 8% de ambas as comunidades selecciona como quarta opção de resposta “o meu parceiro (a) não queria utilizar”.

Embora ambas as comunidades seleccionem em primeiro lugar que os preservativos “são muito caros”, os africanos seleccionam a seguir que “não acham importante utilizar” o preservativo, enquanto os brasileiros seleccionam “outro motivo” para não utilizarem o preservativo.

**Tabela 13 - Razão da não-utilização de preservativo na última relação sexual (diferença entre sexos)**

	País/Comunidade											
	Africanos				Brasileiros				Total			
	Sexo		Sexo		Sexo		Sexo		Sexo		Sexo	
	feminino		masculino		feminino		masculino		feminino		masculino	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Podia levantar dúvidas ao meu parceiro (a)	7	5,6%	0	0,0%	1	2,3%	1	1,8%	8	4,8%	1	0,8%
O meu parceiro (a) não queria utilizar	14	11,3%	1	1,5%	4	9,1%	4	7,1%	18	10,7%	5	4,1%
Reduz o meu prazer	1	0,8%	2	3,1%	0	0,0%	3	5,4%	1	0,6%	5	4,1%
Reduz o prazer do meu parceiro	0	0,0%	1	1,5%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,8%
Impede de sentir o corpo do outro	2	1,6%	0	0,0%	1	2,3%	0	0,0%	3	1,8%	0	0,0%
Mata o romantismo	0	0,0%	1	1,5%	0	0,0%	1	1,8%	0	0,0%	2	1,7%
Não tinha comigo quando precisei	0	0,0%	1	1,5%	1	2,3%	0	0,0%	1	0,6%	1	0,8%
É complicado de utilizar	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Não sei onde os obter	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
São muito caros	38	30,6%	30	46,2%	14	31,8%	22	39,3%	52	31,0%	52	43,0%
Não achei importante utilizar	27	21,8%	17	26,2%	9	20,5%	9	16,1%	36	21,4%	26	21,5%
Outro motivo	28	22,6%	10	15,4%	13	29,5%	14	25,0%	41	24,4%	24	19,8%
Sempre utilizei o preservativo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

A tabela 13 regista os comportamentos de respostas entre sexos. Destaca-se que as mulheres africanas e brasileiras elegem as mesmas três opções de respostas, por ordem decrescente de importância, nomeadamente “são muito caros”, “outro motivo”, e “não achei importante utilizar”. A primeira opção atinge cerca de 30% das mulheres. A segunda opção é mais valorizada por 29% das brasileiras e a última opção “não achei importante utilizar” atinge cerca de 21% das mulheres. A quarta opção de resposta “o meu parceiro não queria utilizar” é eleita por ambas, apesar da percentagem ser inferior às restantes opções: 11% das africanas e 9% das brasileiras.

Os homens africanos e brasileiros, seleccionam as mesmas três opções que as mulheres. No entanto as percentagens aumentam, visto que 46% dos africanos e 39% dos brasileiros selecciona que os preservativos “são muito caros”. As restantes opções divergem de importância, visto que 26% dos homens africanos e 16% dos homens

brasileiros selecciona “não achei importante utilizar” preservativo. A opção “outro motivo” é seleccionada por 15% dos africanos e 25% dos brasileiros.

A quarta opção de resposta diverge entre os homens, uma vez que cerca de 7% dos brasileiros selecciona “o meu parceiro não queria utilizar”, e cerca de 3% dos africanos selecciona a categoria “reduz o meu prazer”. Observa-se segundo estes resultados que o motivo pelo qual ambas comunidades e sexos não utilizaram o preservativo na última relação sexual foi pelo facto de serem caros. No entanto ambas respondem igualmente que “não acham importante utilizar”, e “outro motivo” com ligeiras diferenças de percentagem entre si. Curiosamente as mulheres e os homens também têm o mesmo comportamento de resposta comparativamente às comunidades. Inclusive a selecção da quarta opção de resposta “o meu parceiro não queria utilizar”, por parte das mulheres africanas e brasileiras e dos homens brasileiros.

A última questão relacionada com o preservativo é a seguinte: **Desde que está em Portugal com que frequência usou o preservativo com parceiros.** A tabela 14 apresenta as respostas das comunidades.

**Tabela 14 - Frequência da utilização do preservativo (diferença entre comunidades)**

		País/Comunidade					
		Africanos		Brasileiros		Total	
		n	%	n	%	n	%
fixos do sexo oposto?	Sempre	26	16,1%	17	18,9%	43	17,1%
	Algumas vezes	60	37,3%	34	37,8%	94	37,5%
	Nunca	52	32,3%	22	24,4%	74	29,5%
	Não se aplica	23	14,3%	17	18,9%	40	15,9%
ocasionais do sexo oposto?	Sempre	45	28,5%	19	20,7%	64	25,6%
	Algumas vezes	10	6,3%	7	7,6%	17	6,8%
	Nunca	9	5,7%	4	4,3%	13	5,2%
	Não se aplica	94	59,5%	62	67,4%	156	62,4%
fixos do mesmo sexo?	Sempre	0	0,0%	3	3,3%	3	1,2%
	Algumas vezes	1	0,7%	0	0,0%	1	0,4%
	Nunca	1	0,7%	10	11,0%	11	4,6%
	Não se aplica	148	98,7%	78	85,7%	226	93,8%
ocasionais do mesmo sexo?	Sempre	1	0,7%	5	5,5%	6	2,5%
	Algumas vezes	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Nunca	1	0,7%	6	6,6%	7	2,9%
	Não se aplica	151	98,7%	80	87,9%	231	94,7%
parceiros que lhe deram dinheiro ou presentes em troca de sexo?	Sempre	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Algumas vezes	1	0,7%	2	2,2%	3	1,3%
	Nunca	5	3,3%	7	7,8%	12	5,0%
	Não se aplica	144	96,0%	81	90,0%	225	93,8%

Das cinco opções de resposta apresentadas, as mais seleccionadas por ambas as comunidades são: “fixos do sexo oposto” e “ocasionais do sexo oposto”. Cerca de 37% dos africanos e brasileiros responde que utiliza “algumas vezes” o preservativo com parceiros “fixos do sexo oposto”. Cerca de 28% e 20% dos africanos e brasileiros respectivamente utiliza “sempre” o preservativo com parceiros ocasionais do sexo oposto”. De salientar, no entanto, que nesta opção, 5% dos africanos e 4% dos brasileiros “nunca” utiliza preservativo. Nas opções de resposta “fixos do mesmo sexo”, “ocasionais do mesmo sexo” e “parceiros que lhe deram dinheiro ou presentes em troca de sexo”, ambas as comunidades seleccionam a categoria “não se aplica”, cuja percentagem é igual ou superior a 86%. A tabela 15 apresenta as respostas relativamente ao sexo.

**Tabela 15 - Frequência da utilização do preservativo (diferença entre sexos)**

		País/Comunidade											
		Africanos				Brasileiros				Total			
		Sexo		Sexo		Sexo		Sexo		Sexo		Sexo	
		feminino	masculino	feminino	masculino	feminino	masculino	feminino	masculino	feminino	masculino	feminino	masculino
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
fixos do sexo oposto?	Sempre	15	14,6%	11	19,0%	10	24,4%	7	14,3%	25	17,4%	18	16,8%
	Algumas vezes	40	38,8%	20	34,5%	14	34,1%	20	40,8%	54	37,5%	40	37,4%
	Nunca	35	34,0%	17	29,3%	10	24,4%	12	24,5%	45	31,3%	29	27,1%
	Não se aplica	13	12,6%	10	17,2%	7	17,1%	10	20,4%	20	13,9%	20	18,7%
ocasionais do sexo oposto?	Sempre	14	13,9%	31	54,4%	7	16,7%	12	24,0%	21	14,7%	43	40,2%
	Algumas vezes	4	4,0%	6	10,5%	2	4,8%	5	10,0%	6	4,2%	11	10,3%
	Nunca	7	6,9%	2	3,5%	3	7,1%	1	2,0%	10	7,0%	3	2,8%
	Não se aplica	76	75,2%	18	31,6%	30	71,4%	32	64,0%	106	74,1%	50	46,7%
fixos do mesmo sexo?	Sempre	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	6,1%	0	0,0%	3	2,9%
	Algumas vezes	0	0,0%	1	1,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,0%
	Nunca	1	1,0%	0	0,0%	7	16,7%	3	6,1%	8	5,8%	3	2,9%
	Não se aplica	95	99,0%	53	98,1%	35	83,3%	43	87,8%	130	94,2%	96	93,2%
ocasionais do mesmo sexo?	Sempre	0	0,0%	1	1,8%	0	0,0%	5	10,2%	0	0,0%	6	5,7%
	Algumas vezes	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Nunca	1	1,0%	0	0,0%	5	11,9%	1	2,0%	6	4,3%	1	1,0%
	Não se aplica	96	99,0%	55	98,2%	37	88,1%	43	87,8%	133	95,7%	98	93,3%
parceiros que lhe deram dinheiro ou presentes em troca de sexo?	Sempre	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Algumas vezes	0	0,0%	1	1,9%	1	2,4%	1	2,0%	1	0,7%	2	1,9%
	Nunca	2	2,1%	3	5,6%	4	9,8%	3	6,1%	6	4,4%	6	5,8%
	Não se aplica	94	97,9%	50	92,6%	36	87,8%	45	91,8%	130	94,9%	95	92,2%

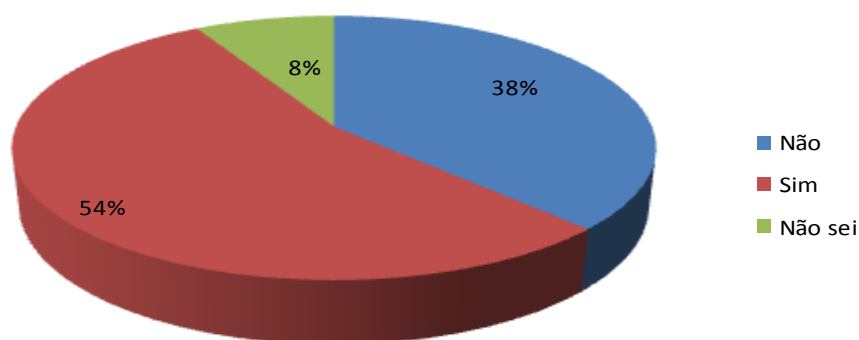
Segundo os resultados, 34% a 40% dos homens e mulheres utiliza “algumas vezes” preservativo com parceiros “fixos do sexo oposto” respectivamente, sobretudo 40% dos homens brasileiros. A segunda opção de resposta “ocasionais do sexo oposto”, quase todos os migrantes seleccionam a categoria “não se aplica” sobretudo 71% das brasileiras e 75% das africanas. Contudo, nesta opção 54% dos homens africanos e 24% dos brasileiros utiliza “sempre” o preservativo e 7% das mulheres “nunca” utiliza preservativo. As restantes opções de resposta: “fixos do mesmo sexo”, ocasionais do mesmo sexo” e “parceiros que lhe deram dinheiro ou presentes em troca de sexo”, todos seleccionam a categoria “não se aplica”, cuja percentagem é igual ou superior a 83%.

A questão seguinte está relacionada com o comportamento pessoal: **“Das seguintes frases, quais tem ou não a ver com o seu comportamento”**. Tem cinco opções de resposta, as quais são descritas a seguir. Os *missings* relativos à população migrante variam de 8% a 16,4% em cada opção de resposta. Relativamente à primeira opção “mesmo quando me apaixono uso preservativo”, as opiniões da população migrante estão divididas (aproximadamente 50%) nas duas categorias “sim” e “não”.

Em relação às comunidades: cerca de 50% da comunidade brasileira e 44% da comunidade africana responde que utiliza preservativo “quando se apaixona”. Observa-se que as mulheres brasileiras e os homens africanos têm uma percentagem superior comparativamente a todos os migrantes. As mulheres africanas são quem regista mais percentagem na categoria “não sei” com cerca de 20%.

Relativamente à segunda opção de resposta **“recusa ter relações sexuais ocasionais ou passageiras”**, a figura 45 ilustra as percentagens relativas às respostas da população migrante.

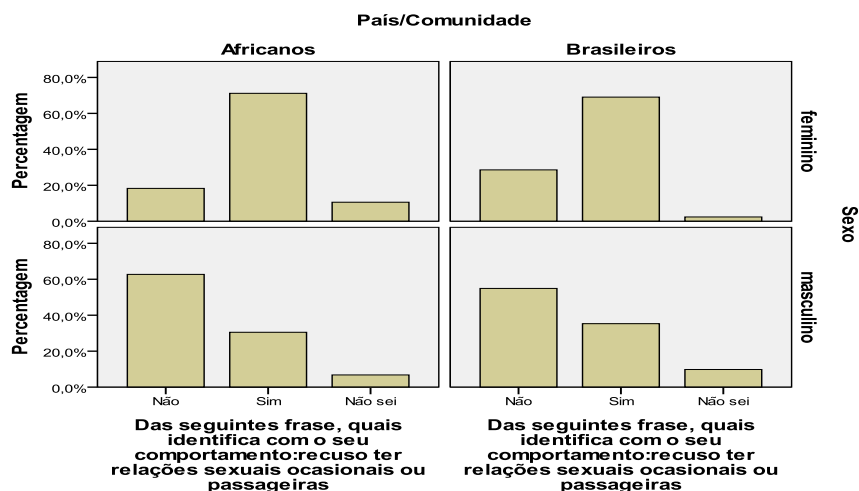
**Figura 45 - Distribuição relativa à recusa de relações sexuais ocasionais/passageiras**



Mais de metade dos migrantes (54%) responde que recusa ter relações sexuais ocasionais. Segundo os resultados das comunidades, ambas respondem afirmativamente com uma percentagem igual ou superior a 50%. Contudo 45% dos brasileiros e 35% dos africanos responde que não recusa ter relações sexuais ocasionais. No que diz respeito aos sexos, os homens têm uma percentagem superior de respostas negativas igual ou superior a 57% comparativamente às mulheres. O inverso dá-se com as mulheres, visto 70% responde que recusa ter relações sexuais ocasionais. Cerca de 10% dos homens brasileiros e das mulheres africanas responde na categoria “não sei”.



**Figura 46 - Distribuição relativa à recusa de relações sexuais ocasionais/passageiras (diferença entre sexos)**



No que diz respeito à terceira opção de resposta “**peço a cada novo parceiro que faça um teste do VIH/SIDA**”, cerca de 80% da população migrante regista uma resposta negativa. São os brasileiros que mais pedem a um novo parceiro um teste do VIH/Sida, visto que atingem 20% em relação a 10% dos africanos. Relativamente à diferença entre sexos, cerca de 20% e 17% dos homens e mulheres brasileiras responde na categoria “sim” respectivamente. Não se registam diferenças de comportamento de resposta entre os africanos, visto que 80% dá uma resposta negativa.

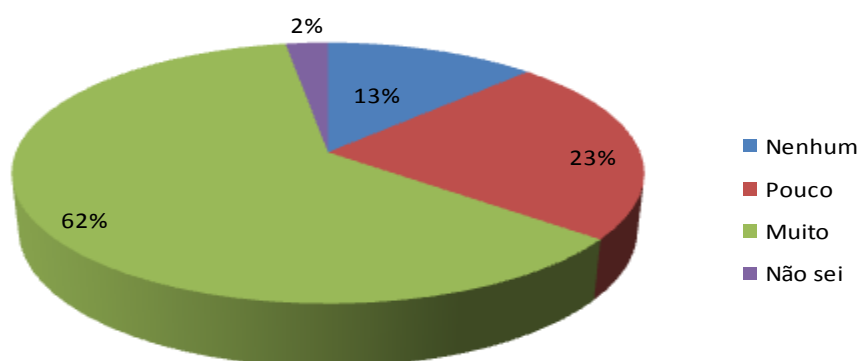
Na quarta opção “**faço o teste antes de iniciar um novo relacionamento**”, a maioria da população migrante (83,8%) regista uma resposta negativa. Em relação às comunidades, não existem diferenças relevantes, ou seja, cerca de 85% dos africanos e 80% dos brasileiros responde na categoria “não”. No que diz respeito aos sexos, os brasileiros são quem fazem o teste antes de iniciar um novo relacionamento, nomeadamente 20% das mulheres e 15% dos homens, comparativamente a 5% da comunidade africana. As mulheres e homens africanos atingem 85% de respostas negativas.

A quinta e última opção de resposta “**faço perguntas ao meu parceiro sobre a sua vida sexual passada**”, verifica-se que mais de metade dos migrantes (64%) responde afirmativamente. Assim, observa-se que os brasileiros atingem 70% enquanto os africanos atingem uma percentagem inferior em cerca de 60% de resposta afirmativa. Não se registam diferenças relevantes entre sexos. No entanto, de todos os migrantes, as

mulheres brasileiras são aquelas que têm uma ligeira percentagem superior de respostas afirmativas, com cerca de 70%.

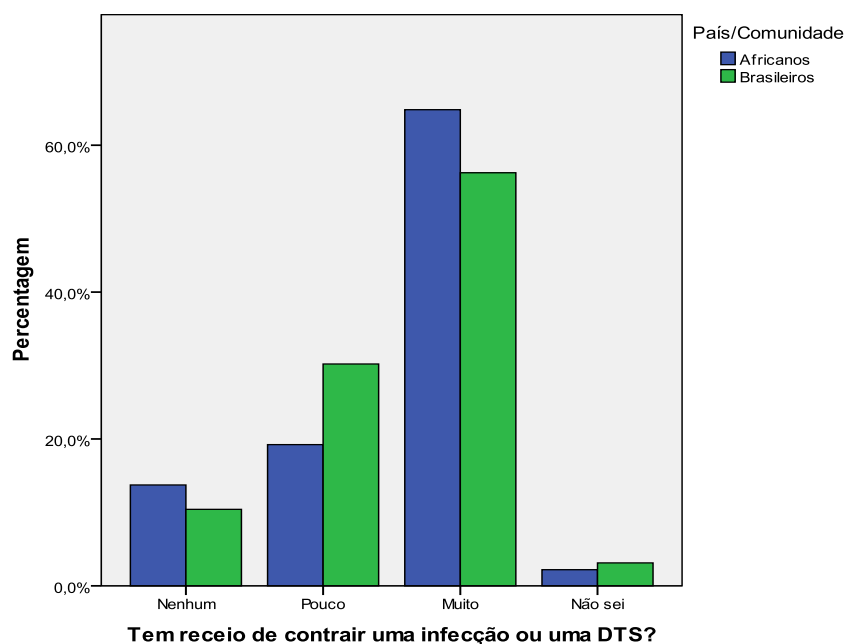
A última pergunta de comportamentos/práticas questiona: **“tem receio de contrair uma infecção ou Doença Transmissível Sexualmente (DTS)”**. A figura 47 abaixo ilustra as repostas dos migrantes.

**Figura 47 - Distribuição relativa ao receio de contrair uma infecção ou uma DTS**



De acordo com a análise, a maioria dos migrantes (62%) responde que tem “muito” receio de contrair uma infecção ou DTS, e 36% responde nas categorias “pouco” e “nenhum”. A seguinte figura 48, ilustra os resultados da análise das comunidades.

**Figura 48 - Distribuição relativa ao receio de contrair uma infecção ou uma DTS (diferença entre comunidades)**



Mais de 50% das comunidades, sobretudo 65% dos africanos responde que tem “muito” receio de contrair uma infecção ou DTS. Os brasileiros registam cerca de 30% na categoria “pouco” comparativamente a 20% dos africanos. No entanto 14% dos africanos e 10% dos brasileiros responde que não tem “nenhum” receio.

No que diz respeito aos sexos, a comunidade africana tem respostas semelhantes, excepto na categoria “muito”, na qual os homens têm uma percentagem superior, cerca de 75% enquanto as mulheres cerca de 60%. Aproximadamente 60% das mulheres e 55% dos homens brasileiros responde que tem “muito” receio de contrair uma infecção ou DTS. Os homens brasileiros registam percentagens ligeiramente superiores nas categorias “pouco” e “não sei” em relação às mulheres brasileiras.

A última pergunta relativa aos comportamentos questiona se **“desde que se encontra em Portugal, já pagou para ter sexo com alguém”**.

A população migrante atinge 90% de resposta negativa. Relativamente às comunidades, constata-se que atingem igualmente uma percentagem igual ou superior a 85% de resposta negativa. No que diz respeito aos sexos, 23% dos homens africanos responde que já pagou para ter sexo com alguém, seguidos pelos homens brasileiros, 10%, enquanto as mulheres brasileiras e africanas registam 0% e 1% respectivamente.

## **DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Pretende-se neste capítulo discutir os resultados apresentados no capítulo anterior, no que diz respeito às características sociodemográficas da amostra de migrantes, os seus conhecimentos e comportamentos face ao VIH/SIDA.

### **DISCUSSÃO RELATIVA À CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA**

Em relação às características sociodemográficas pode-se destacar a partir da análise dos resultados, que a amostra migrante do estudo é constituída por um maior número de mulheres do que de homens. Segundo o relatório do SEF (2009) no ano de 2009, a população migrante do género feminino originária da América do Sul e dos PALOP em Portugal, era superior ao número de homens migrantes. Na comunidade africana há uma maior percentagem de mulheres, enquanto na comunidade brasileira ocorre o inverso. A comunidade brasileira é uma comunidade jovem representando cerca de 50% na faixa etária entre os 18 e os 34 anos, enquanto a comunidade africana é mais envelhecida, com cerca de 27% dos indivíduos com idade maior ou igual a 45 anos, contrastando com apenas 11% na comunidade brasileira. No entanto ambas são consideradas comunidades jovens, visto que metade das amostras tem participantes com idades inferiores aos 35 anos. Situação também encontrada por França (2010) relativamente ao perfil dos novos imigrantes brasileiros, tratando-se de uma população jovem, com uma predominância de pessoas com a idade entre 20 e 35 anos, havendo praticamente um equilíbrio entre a proporção de homens e mulheres (Lisboa, 2010).

No que diz respeito à escolaridade, cerca de 55% das mulheres brasileiras concluiu o ensino secundário, comparativamente a 18% das mulheres africanas. Cerca de 35% destas últimas refere ter concluído o 1º ciclo. Todavia, os homens africanos têm uma maior percentagem ao nível do 3º ciclo e do ensino secundário, enquanto cerca de 18% dos homens brasileiros representa no total da amostra aqueles que concluíram a licenciatura. A comunidade brasileira tem mais habilitações académicas ao nível do ensino secundário e da licenciatura do que a comunidade africana, com 72% dos indivíduos a terem no máximo o 3º ciclo. De acordo com França (2010), há um claro desajuste entre a formação dos imigrantes brasileiros e os empregos que realizam em Portugal. Pelo facto dos imigrantes brasileiros possuírem um nível de formação superior em relação à sua situação profissional. Esta situação parece ser ainda mais desajustada,

comparativamente à comunidade africana, visto que segundo os resultados da amostra, o nível de formação dos africanos está provavelmente mais adequado com o tipo de actividade laboral.

A amostra do presente estudo reside na área metropolitana de Lisboa. Por ser uma área tão grande e maioritariamente urbanizada, conjuga uma série de factores de atracção para os migrantes, nomeadamente o mercado de trabalho. Os brasileiros da segunda vaga de imigração localizaram-se principalmente na região de Lisboa, com ênfase na região da Costa da Caparica (França, 2010). Na presente investigação, a grande maioria da comunidade brasileira trabalha (73%), comparativamente a 48% da comunidade africana. A comunidade brasileira, pelo facto de ser mais jovem, não tem participantes reformados, enquanto a comunidade africana tem cerca de 12%, o que significa que é mais envelhecida. Tem provavelmente um padrão cultural mais enraizado, precisamente por ser menos jovem, e por ter nascido em África, independentemente de se encontrar a residir em Portugal há muitos anos.

Comparativamente com os brasileiros, 90% dos africanos têm a sua situação legal regularizada, enquanto cerca de metade da amostra da comunidade brasileira encontra-se ou em processo de regularização ou não regularizados. Na verdade os imigrantes brasileiros reportam estar a residir em Portugal há menos tempo, 28% com uma permanência igual ou inferior a cinco anos, o que pode explicar, tal como referido no enquadramento teórico, que as comunidades brasileiras e da Europa de Leste, estabelecidas há menos tempo em Portugal, têm um elevado número de indivíduos em situação irregular. Tal facto pode trazer problemas a vários níveis, nomeadamente administrativos/burocráticos, acesso aos cuidados de saúde, situação laboral, entre outros (Lisboa, 2010).

Relativamente ao rendimento familiar, ambas as comunidades consideram ter um rendimento familiar insuficiente: os africanos cerca de 68% e os brasileiros cerca de 44%. O artigo de Pereira (2008), relativo ao mercado de trabalho em Portugal dos migrantes, refere que os estudos realizados até ao momento concluíram que os trabalhadores originários dos PALOP, mas também os fluxos mais recentes de trabalhadores brasileiros, se direccionam sobretudo para o segmento secundário, com destaque para trabalhos pouco qualificados em 3 sectores: 26% do total de trabalhadores

estrangeiros estão no sector da construção civil; 15% dos trabalhadores estrangeiros trabalha na hotelaria e restauração; e 30% no trabalho doméstico. Os dados da Segurança Social relativos às contribuições de trabalhadoras registadas como domésticas, em 2006, indicam que as trabalhadoras deste sector são estrangeiras.

De acordo com a análise da literatura nacional sobre as mulheres migrantes, Wall *et al* (2005) refere que as mulheres cabo-verdianas acedem em geral a empregos mais duros (limpeza em fábricas e limpeza por turnos), estando mais afastadas do contacto directo com o público ou com as famílias. São mulheres que se assumem, à partida, como trabalhadoras e provedoras e que, numa situação económica difícil, podem assumir um papel activo ou mesmo de protagonismo em relação ao projecto migratório. Acrescenta ainda que as mulheres imigrantes de nacionalidade brasileira, são as que ocupam mais facilmente os empregos em casas particulares e nos serviços que exigem alguma qualificação ou uma relação próxima com o público (restauração) (Wall *et al*, 2005). Constata-se que existe ainda uma segmentação laboral no que diz respeito às nacionalidades dos migrantes, uma vez que desempenham tarefas e funções em sectores muito específicos do mercado de trabalho que dependem também dos factores sociodemográficos, são estes: o nível de escolaridade, o sexo e o rendimento familiar.

## **DISCUSSÃO RELATIVA AOS RESULTADOS DOS CONHECIMENTOS**

Segundo os resultados do estudo, o nível de informação reportado pelos respondentes relativo ao VIH/SIDA é alto, nomeadamente 80% dos africanos e 91% dos brasileiros refere estar informado. Enquanto a comunidade brasileira foi aquela que mais ouviu falar de SIDA no seu país de origem, os africanos ouviram falar mais de SIDA em Portugal. Isso relaciona-se com o período de residência das comunidades em estudo, visto que os brasileiros chegaram mais recentemente a Portugal. Cerca de 72% tem uma permanência de 5 anos, enquanto 28% dos Africanos reside em Portugal no período correspondente entre 11 a 20 anos. Para além do tempo de estadia, o Brasil tem um plano integrado de promoção da saúde sexual que abrange todo o país, através de acções entre várias entidades, que aceleram o acesso à prevenção, ao diagnóstico e mesmo ao tratamento do VIH/SIDA (Carvalho & Braga, 2008).

Desta forma os migrantes brasileiros já têm informação sobre o VIH/SIDA quando se encontra no país de chegada, neste caso, em Portugal.

No que diz respeito às fontes de informação, os migrantes seleccionam três principais fontes de informação relativas ao VIH/SIDA: os *media* (TV, rádio e jornais); os amigos, familiares e conhecidos e as campanhas de prevenção. Em relação à fonte de informação (*media*) tanto foi absorvida no país de origem, como em Portugal, sobretudo para quase a totalidade dos brasileiros no seu país de origem, e cerca de 80% dos africanos em Portugal. A segunda fonte de informação seleccionada foi os amigos, familiares e conhecidos, no caso da comunidade brasileira, no seu país de origem e no caso dos africanos em Portugal.

Puri e Cleland (2006) referem no âmbito da percepção do risco do VIH e das IST que para além da rádio e da televisão, ambas consideradas fontes de informação, a educação de pares constitui uma das formas preferidas de obtenção de informação entre os jovens migrantes. A divulgação e a educação de pares podem ser um canal eficaz de disseminação no âmbito da saúde sexual (Puri & Cleland, 2006).

Por último, as campanhas de prevenção são consideradas como o terceiro veículo de informação relevante, sobretudo para 85% dos respondentes brasileiros e para 45% da comunidade africana. Apesar das campanhas de prevenção serem seleccionadas como terceira opção, compreende-se que sejam bastante importantes face à transmissão de conhecimentos sobre o VIH/SIDA. Brockerhoff & Biddlecom (1998) reforçaram a importância das fontes de informação junto dos migrantes, através do estudo realizado no Quênia, constatando que as campanhas ao serem desenvolvidas como fontes de informação, poderiam exercer maior impacto em populações com menos escolaridade, nomeadamente as mulheres. Para estes autores, o conteúdo das campanhas deve ter uma linguagem fácil e acessível para todos, para que as pessoas em geral e em particular os migrantes possam compreender de forma clara a mensagem. A informação pode ser interpretada de diversas formas, logo é necessário que a mensagem seja clara. Motsukunyane (2009) afirma a partir dos resultados do seu estudo, que o conhecimento sobre o VIH/SIDA, depende do que os respondentes ouviram falar sobre o vírus, e que por vezes, a informação que passa sobre a doença pode levar a que os respondentes deturpem o seu conteúdo.

No caso dos migrantes pretenderem obter informação sobre o VIH/SIDA, seleccionam os mesmos Serviços de Saúde: o Centro de Saúde, o Hospital e a Linha SIDA/serviços telefónicos de ajuda, não existindo diferença de opção entre homens e mulheres. No caso de infecção pelo VIH/SIDA, a particularidade relativamente ao local, é a do Hospital ser eleito em primeiro lugar, por 78% da comunidade brasileira, enquanto 72% dos africanos elege em simultâneo o Centro de Saúde e o Hospital. De sublinhar, no entanto, a excepção por parte da comunidade brasileira, visto que 38% dos homens brasileiros selecciona uma quarta opção: a medicina privada (seguro de saúde), contrastando com apenas 10% dos homens e mulheres africanos. No âmbito deste estudo, os homens brasileiros são aqueles que têm mais habilitações académicas, ou seja cerca de 48% concluiu o ensino secundário e cerca de 18% possuiu o grau de licenciatura. Para além do grau de escolaridade, cerca de 73% da população brasileira desta amostra trabalha, e provavelmente no seu país de origem já tinha ido a consultas de medicina privada por terem um seguro de saúde. Estes três factores podem constituir uma motivação que os leva a seleccionar a medicina privada como opção em caso de infecção pelo VIH/SIDA.

Apesar de seleccionarem os Serviços de Saúde como locais onde recorreriam caso precisassem, cerca de 88% dos migrantes refere nunca ter recorrido aos locais mencionados para obter informação sobre o VIH. No entanto, a comunidade africana já procurou mais Serviços de Saúde do que a brasileira, visto que 17% das mulheres africanas responde que já procurou informação sobre o VIH/SIDA junto dos Serviços de Saúde. O período de permanência num país é um factor importante para compreender as diferenças de padrões na utilização dos Serviços de Saúde. São diversos, os motivos pelos quais os migrantes utilizam ou não os Serviços de Saúde. Relativamente ao padrão de utilização dos serviços de saúde em geral, a selecção da categoria “nunca utilizei” é a mais frequente nos migrantes mais recentes no país de chegada. (Dias *et al* 2008). Uma das hipóteses que explica uma maior utilização dos serviços de saúde por parte das mulheres migrantes é o facto de estarem em idade reprodutiva, constituindo um factor para a utilização dos serviços de planeamento familiar, cuidados pré-natais, e saúde da criança (Dias *et al* 2008). A expectativa e a satisfação em relação aos cuidados de saúde influenciam a decisão de não se deslocarem aos serviços de saúde, visto a comunidade de migrantes brasileiros reportou preferir



utilizar os serviços de saúde do seu país de origem, porque estes serviços iam de encontro às suas expectativas (Dias *et al* 2011). Num estudo recente sobre a caracterização da imigração em Portugal, Tavares (2010) constata que a utilização dos serviços médicos por parte dos imigrantes africanos varia em função de dois factores: os imutáveis (ser homem, mulher, jovem, idoso, português, estrangeiro) e os mutáveis (níveis de instrução e desempenho de actividades fisicamente exigentes, mal remuneradas e socialmente desvalorizadas). Outros aspectos que contribuem para uma maior utilização do Serviço Nacional de Saúde são a proximidade entre a área de residência e os equipamentos colectivos de saúde, a possibilidade de deslocação a pé; e um número de profissionais de saúde satisfatório em relação à população inscrita nessa unidade de saúde. Mas, segundo Tavares (2010) alguns entraves ao acesso e utilização dos cuidados de saúde são: as listas de espera, a falta de informação, as burocracias inerentes, o horário de funcionamento, as ausências de hábitos de promoção da saúde e prevenção da doença, as dificuldades ao nível da língua, e o facto de residir ilegalmente no país (Tavares, 2010).

Embora ambas as comunidades admitam possuir um elevado nível de informação sobre o VIH/SIDA, os resultados sugerem que tal não acontece. De acordo com os resultados, a comunidade brasileira tem mais conhecimentos do que a africana quanto à forma de transmissão do VIH. Consideram correctamente as seguintes opções como veículos de transmissão do VIH: utilização de seringas ou outro material de injeção contaminado, o esperma, os fluidos vaginais, e o contacto com sangue infectado, com valores percentuais que variam de 84,8% a 99%. Para além disso, são as mulheres brasileiras em relação aos homens da sua comunidade que têm menor percentagem de resposta incorrecta sobre as formas de transmissão do VIH/SIDA, nomeadamente: através do beijo na boca a uma pessoa infectada e relações sexuais com preservativo. O mesmo não se verifica entre as mulheres africanas, uma vez que têm menos conhecimento sobre a transmissão do VIH/SIDA do que os homens, porque atingem percentagens superiores na categoria “não sei” e porque têm mais percentagem de respostas incorrectas. No entanto é curioso verificar que os conhecimentos das mulheres de ambas as comunidades invertem-se relativamente à transmissão vertical, nomeadamente: na gravidez, durante o parto e na amamentação. Cerca de 65% das mulheres africanas responde correctamente em relação a 57% das mulheres brasileiras.

Ainda sobre esta questão, cerca de 80% dos homens brasileiros responde correctamente, em relação a 57% dos homens africanos. Observa-se assim que, apesar das mulheres brasileiras terem mais conhecimentos sobre a transmissão do VIH/SIDA, o mesmo não acontece no que diz respeito à transmissão vertical, visto que as africanas e os homens brasileiros revelam um conhecimento superior.

Num trabalho sobre conhecimentos, comportamentos e atitudes face ao VIH numa comunidade migrante residente na área metropolitana de Lisboa, os resultados encontrados por Dias *et al* (2002) sugerem a existência de informação sobre a doença na comunidade africana de muita discriminação associada à doença. No mesmo estudo, as mulheres, regra geral, estão mais informadas, conscientes e preocupadas sobre o que é a SIDA e os riscos de contraírem o vírus; adoptam uma atitude crítica face a algumas ideias erradas sobre a doença e tendem a assumir comportamentos mais preventivos, embora o risco de infecção seja associado ao comportamento dos homens e elas pouco poderem fazer quanto a isso. (Dias *et al*, 2002). Os conhecimentos, as percepções e práticas em torno da prevenção do VIH e de sua transmissibilidade na gravidez, parto e pós-parto também surgem associados ao específico contexto cultural da saúde e suas múltiplas ideias e práticas, particularmente em relação aos cuidados face à ameaça à vida (Mandú & Dióz, 2006).

Observa-se a partir dos resultados, relativamente à forma de evitar a infecção do VIH/SIDA, que a comunidade africana “não sabe” responder a determinadas questões, como por exemplo, as opções de resposta: prática do coito interrompido, “vacinando-me” e a utilização de cremes espermicidas. Destaca-se, no entanto, que comparativamente à população migrante, 63,6% das mulheres africanas responde que abster-se de ter relações sexuais é uma forma de evitar a transmissão do VIH. Isto significa que existe uma contradição nas suas respostas, ou seja, se por um lado respondem não saber nas opções acima citadas, por outro lado atingem uma percentagem superior de resposta correcta. Os homens e mulheres brasileiros têm respostas semelhantes não se registando diferenças assinaláveis. No diz respeito à gravidade da doença, a comunidade brasileira em geral tem mais conhecimentos, bem como os homens em geral, visto que estes últimos respondem com uma percentagem igual ou superior a 70% que a SIDA “tem tratamento que melhora a vida, mas não destrói o vírus”

Relativamente à questão sobre a identificação de uma pessoa infectada com VIH/Sida, através dos resultados verifica-se que as respostas das comunidades não são muito diferentes. Todavia, a comunidade africana e os homens em geral têm uma percentagem superior de respostas correctas, enquanto com as mulheres, dá-se o inverso. As mulheres acreditam mais em ideias erradas sobre a doença, como por exemplo: ter manchas no corpo e perda de peso. Pode-se concluir a partir deste resultado, que ambas as comunidades têm ideias pré-concebidas relacionadas com a doença, sobretudo as mulheres. Segundo Campbell (1997), os “mitos” são factores que constituem barreiras ao conhecimento sobre o VIH. Acrescenta no seu estudo, que de acordo com os respondentes, os sintomas de uma pessoa infectada com VIH são as “feridas” no corpo e que o período de tempo entre a infecção via contacto sexual e o aparecimento de “feridas” é de duas semanas a dois meses.

A literatura sugere vários factores que podem influenciar o nível de conhecimentos sobre o VIH/SIDA, nomeadamente um nível baixo de escolaridade. Tal como referido anteriormente neste capítulo, cerca de 72% da comunidade africana concluiu a escolaridade apenas até ao 3º ciclo, comparativamente a cerca de 59% dos brasileiros, os quais concluíram o ensino secundário e o grau de licenciatura. Mullany *et al* (2010) descreve a partir dos resultados que obteve, que as baixas habilitações académicas eram o factor mais significante na infecção do VIH, relacionando um baixo nível de educação como as causas imediatas relativas ao fraco conhecimento sobre o VIH/SIDA. Acrescenta que as mulheres têm um conhecimento geral inferior aos homens e estão menos informadas sobre o VIH/SIDA (Mullany *et al*, 2010). No caso da comunidade brasileira, existe uma diferença ao nível das habilitações (ensino secundário e licenciatura) entre as mulheres e os homens, visto que as primeiras têm menos habilitações do que os homens. Campbell (1997) refere que a existência de baixos níveis de conhecimento entre as mulheres coincide com o baixo nível de habilitações académicas. Ainda reportando a estudos internacionais, referentes ao risco das mulheres face à exposição do VIH/SIDA, Khrishan *et al* (2008) afirma que o diferente nível das habilitações académicas e de formação, deixa poucas oportunidades de emprego às mulheres migrantes, sendo assim expostas a uma maior vulnerabilidade ao nível económico, não se reflectindo o mesmo nos seus parceiros.

## **DISCUSSÃO RELATIVA AOS RESULTADOS DOS COMPORTAMENTOS**

A quase totalidade dos participantes do estudo afirma já ter tido relações sexuais. Ambas as comunidades iniciaram a sua actividade sexual sobretudo entre os 13 e os 16 anos de idade. Os homens iniciaram mais cedo a actividade sexual do que as mulheres, sobretudo os homens africanos que registam pequenas percentagens nas faixas etárias entre os 9-12 anos de idade. A maioria dos homens brasileiros iniciou a sua actividade sexual entre os 13 e 16 anos. Em relação às mulheres, não existem diferenças relevantes, uma vez que registam maior número a partir dos 14 anos de idade. No entanto, a excepção é que existe uma percentagem diminuta de mulheres brasileiras que iniciou a actividade sexual entre os 9 e 11 anos e aos 22 anos de idade. A comunidade brasileira iniciou a sua actividade sexual ligeiramente mais tarde do que a comunidade africana.

No que diz respeito à questão do comportamento sexual, reuniu-se os resultados quanto ao número e tipo de parceiros sexuais desde a chegada dos migrantes a Portugal. Cerca de 55% dos brasileiros responde que tem um parceiro sexual desde que está em Portugal comparativamente a 38% dos africanos. No entanto, os africanos têm mais parceiros desde que chegaram a Portugal, nomeadamente “2-5” parceiros, uma vez que registam 40% nesta opção comparativamente a cerca de 25% dos brasileiros. Na diferença entre sexos, os homens têm maior número de parceiros sexuais do que as mulheres. Enquanto 60% das mulheres brasileiras e 45% das africanas, responde na categoria “um parceiro”, os homens têm percentagens superiores nas restantes categorias, nomeadamente 17% dos africanos e 7% dos brasileiros responde que tem “6-10” parceiros, e 5% de ambos responde “11-20” parceiros. Salienta-se que os homens africanos têm mais parceiros sexuais do que os homens brasileiros.

Quanto ao sexo dos parceiros sexuais (sexo oposto ou do mesmo sexo), 94% da população migrante tem relações sexuais com pessoas do sexo oposto, desde a sua chegada a Portugal. Aproximadamente 10% das mulheres brasileiras reporta ter relações sexuais com pessoas do mesmo sexo, comparativamente a 5% dos homens brasileiros, 3% dos homens africanos e 0% das mulheres africanas. Ao estabelecer-se a comparação entre o número e tipo de parceiros descritos acima (desde a chegada a Portugal) com os parceiros do último ano, verifica-se que a percentagem aumenta consideravelmente (na categoria “um parceiro”) sendo igual ou superior a 71%, logo, diminui na categoria “2 a

5” parceiros. No que diz respeito ao tipo de parceiros sexuais, a grande maioria das comunidades atinge cerca de 85% como parceiro fixo. Nas mulheres africanas 97% refere ter relações com parceiro fixo, contudo cerca de 6% das brasileiras reporta ter relações “ocasionais”.

Parece existir uma certa ambivalência entre as mulheres, porque apesar das africanas reportarem ter mais relações de carácter fixo/estável (em relação às brasileiras), reportam igualmente ter mais do que um parceiro. Passa-se o inverso com as mulheres brasileiras, visto que reportam na sua maioria ter um parceiro, mas mais relacionamentos ocasionais, e também relacionamentos com pessoas do mesmo sexo ou de ambos os sexos. Os homens, como indica acima, têm mais parceiros sexuais do que as mulheres, sendo que os brasileiros têm igualmente relacionamentos com pessoas do mesmo sexo. De sublinhar, contudo que o período de estadia em Portugal, como se viu anteriormente varia entre os migrantes, uma vez que os africanos encontram-se no país de chegada há mais tempo do que os brasileiros. Este é um factor a ter em conta no que diz respeito também ao número de parceiros desde a chegada a Portugal.

A autora Lopes (2007) refere que devido a factores socioculturais, as mulheres são monogâmicas mas os seus parceiros podem não o ser, pelo que a redução do número de parceiros sexuais não é, por si só, uma solução para o problema da transmissão do VIH. Mandú e Dióz (2006) afirmam que entre as mulheres brasileiras, o facto de conhecerem o companheiro é suficiente para que se sintam protegidas, como também a vivência de situações em que supostamente esteja presente a monogamia. Morar junto, ter contacto há algum tempo, ter um parceiro único ou estar casada, supostamente protegem-nas do problema (Mandú e Dióz, 2006). No contexto da relação entre a migração e o comportamento sexual de risco, existem diferenças relevantes de género no comportamento sexual, nomeadamente múltiplos parceiros sexuais é mais comum entre os homens do que entre as mulheres. Nas relações sexuais e até na sua negociação, os homens têm um apanágio cultural mais forte do que as mulheres (Brockhoff & Bidlecom, 1998). Negash (2003) acrescenta no artigo sobre a infecção do VIH, e a partir dos seus resultados da população em estudo que os homens têm tendência a ter uma frequência mais elevada de contacto sexual com parceiros ocasionais. Segundo este autores, a cultura tem uma contribuição forte e directa nos comportamentos, neste caso fala-se de migrantes, sobretudo na definição do papel do

homem e da mulher, visto que o poder e decisão são manifestados pela sociedade de forma diferente em relação ao género. Torna-se assim mais difícil para a mulher manifestar uma diferente opinião, não só na relação como um todo, como na intimidade e no relacionamento sexual. No presente estudo constata-se, como de acordo com a literatura, que os homens tendencialmente têm mais parceiros sexuais do que as mulheres, e parceiros ocasionais (Negash, 2003). Esta atitude é mais delicada caso seja a mulher a fazê-lo, devido à “permissividade” dada mais ao homem do que à mulher, pela sociedade e cultura na qual estão inseridos.

Quanto ao país que os migrantes consideram como um local de risco de infecção, curiosamente apenas 25% dos africanos crê que o risco de infecção seja maior no seu país de origem do que em Portugal e 65% crê ser igual nos dois países, enquanto 10% dos brasileiros crê ser maior em Portugal, e cerca de 80% crê igualmente que o risco existe nos dois países. A situação epidemiológica do VIH/SIDA em África, é bastante divulgada e conhecida, nomeadamente nos PALOP onde a probabilidade dos participantes terem conhecimento da existência de casos de conhecidos ou familiares, é superior do que em Portugal. Este conhecimento pode ter contribuído para os africanos afirmarem que o risco de infecção do VIH ser de facto superior no seu país de origem do que em Portugal.

Neste estudo é importante ter o conhecimento de quais os métodos de contracepção utilizados pelos migrantes face à infecção do VIH, sobretudo porque o preservativo masculino é considerado, como se sabe, o único método contraceptivo que serve de “barreira” às IST e ao vírus do VIH/Sida. Ambas as comunidades elegem o preservativo masculino, seguido pela pílula. Os brasileiros invertem a ordem de preferência comparativamente aos africanos, visto que, 40% elege o preservativo masculino, em relação a 28% dos africanos. Todavia cerca de 21% de ambas as comunidades elege a pílula. Apesar de seleccionarem estes métodos, destaca-se que “a não-utilização de métodos contraceptivos” foi a segunda opção para os brasileiros e a primeira para os Africanos. De facto, os homens e mulheres elegem os mesmos métodos contraceptivos, ou seja, o preservativo masculino e a pílula. No entanto os homens brasileiros são quem mais utiliza o preservativo masculino e as mulheres brasileiras são quem mais elege a pílula. Em ambos os sexos, há um grupo de participantes que refere

não ter nenhum método de contracepção, sendo de realçar que esta situação se observa em 40% das mulheres africanas.

Os africanos elegem a “não-utilização de métodos de contracepção” provavelmente devido a uma questão cultural. A selecção do preservativo vem em segundo lugar, porque possivelmente a sua utilização significa a existência de relações extramatrimoniais. Os brasileiros, no entanto, referem a utilização do preservativo como primeira opção, porque são uma amostra mais jovem e o número de migrantes que tenha uma relação estável poderá ser inferior aos migrantes africanos. É interessante comparar as opções das mulheres africanas, visto que não utilizam método de contracepção, mas optam pela pílula em segundo lugar, enquanto os homens africanos seleccionam em primeiro lugar o preservativo masculino. Poderá significar que os homens têm diversas parceiras sexuais, para além da sua parceira fixa/estável, uma vez que optam em segundo lugar pela não-utilização de método contraceptivo. As mulheres brasileiras diversificam na escolha do método de contracepção: pílula, preservativo masculino e laqueação de trompas. As suas opções são discutíveis, uma vez que por um lado, a utilização da pílula impede uma possível gravidez, mas não as IST. Por outro lado, o preservativo masculino poderá impedir as IST, mas a laqueação de trompas não o faz. Esta última opção é tão valorizada (pelas mulheres brasileiras) quanto o preservativo masculino, uma vez que a laqueação de trompas sugere uma relação estável e o desejo de não engravidar, enquanto o preservativo masculino pode sugerir relações com diversos parceiros sexuais.

O estudo sobre conhecimento de contracepção de mulheres migrantes em Portugal, de Rocha *et al* (2010), reporta que as brasileiras, de uma forma geral, referem conhecer os diferentes métodos contraceptivos, reconhecem a sua eficácia, apresentam atitudes favoráveis à sua utilização e afirmam que iniciaram seu uso no Brasil (antes de terem migrado). Acrescentam que continuam a utilizar em Portugal, os contraceptivos indicados, seguindo a orientação que obtiveram no seu país de origem. Um grupo considerável de africanas revela a existência de lacunas no conhecimento sobre os métodos contraceptivos. As participantes africanas referiram uma série de crenças associadas à ineficácia dos métodos contraceptivos e à percepção de que são prejudiciais à saúde (Rocha *et al*, 2010).

Relativamente à aquisição ou obtenção gratuita do preservativo em Portugal. De acordo com os resultados, os africanos são os que compram menos preservativos, mas são o que recebem mais preservativos de forma gratuita. Comprar é diferente de receber gratuitamente, visto que o acto da compra manifesta o desejo de obter algo. Neste sentido, os homens brasileiros são os mais interessados, seguidos pelas mulheres da mesma comunidade. Embora a população migrante não utilize frequentemente o preservativo, a sua utilização é mais regular entre os brasileiros porque possivelmente já trazem este hábito do seu país de origem. Embora 74% dos migrantes refira não ter tido problemas na utilização do preservativo, 17% de ambas as comunidades regista que se rasgou, sobretudo 25% dos homens. Aproximadamente metade dos homens tem preservativos consigo ou em casa.

Na última relação sexual o preservativo não foi utilizado em aproximadamente 70% dos participantes de ambas as comunidades. Apesar da existência de diferentes justificações para a não-utilização do preservativo, a principal razão seleccionada por 36% de ambas as comunidades é o facto de “serem muito caros”, sobretudo para 46% dos homens africanos. Curiosamente o segundo e terceiro motivo para a não-utilização do preservativo é o facto de (22% dos africanos) “não achar importante” e (23% dos brasileiros) opta por “outro motivo”. Contudo os homens brasileiros e as mulheres brasileiras e africanas apontam como quarto motivo: “o parceiro não queria utilizar” o preservativo, sobretudo 11% das mulheres africanas. Porém 3% dos homens africanos justifica que a utilização do preservativo reduz o prazer. Embora os homens brasileiros afirmem optar pelo preservativo masculino como primeira opção de método contraceptivo, reflecte-se que não o utilizaram na última relação sexual, por serem caros, ou outro motivo. Poder-se-á levantar a questão se têm um parceiro sexual fixo/estável ou não. Contudo, as africanas apontam que o parceiro não queria utilizar o preservativo, o que parece adequado à resposta dada pelos homens africanos, uma vez que responderam no questionário que não acham importante utilizar preservativo. Parece existir um encontro de lógica nas respostas deles que poderá combinar com esta cultura, como também com o poder que o homem tem sobre a mulher.

O estudo CAP numa comunidade migrante em Portugal Dias *et al* (2002) aponta que será necessário promover uma imagem social do preservativo que reafirme a sua eficácia no contexto da prevenção, a sua adequação nos diferentes tipos de relação



afectiva, na conversa entre parceiros, que neutralize a ideia de perda de prazer e que se apresente como meio de consumo. Segundo Rocha & Dias (2010), a negociação do preservativo nas relações heterossexuais é frequentemente difícil. De acordo com alguns autores em muitos casos, as mulheres africanas acreditam que têm muito pouco controlo sobre o comportamento sexual de seus parceiros e oportunidades limitadas para adoptar medidas de prevenção da infecção pelo VIH (como o uso do preservativo) (Rocha *et al* 2010).

No que diz respeito à frequência e utilização do preservativo, desde que estão em Portugal, aproximadamente ambas as comunidades utiliza “algumas vezes” o preservativo com parceiros fixos do sexo oposto. De sublinhar, no entanto, que 24% das mulheres brasileiras utiliza “sempre” o preservativo, seguidas por 19% dos homens africanos. Contudo com parceiros ocasionais do sexo oposto, as percentagens aumentam, visto que 54% dos homens africanos e 24% dos homens brasileiros, utiliza “sempre” o preservativo, embora 7% das mulheres africanas e brasileiras “nunca” utilize o preservativo. Todavia entre as mulheres, são as brasileiras que mais utilizam preservativo com parceiros ocasionais. Os africanos não têm relações sexuais com parceiros do mesmo sexo, enquanto na comunidade brasileira, passa-se o inverso, uma vez que 16% das mulheres brasileiras responde que “nunca” utiliza preservativo com parceiros fixos e 12% destas mulheres também “nunca” utiliza preservativo com parceiros ocasionais do mesmo sexo. As africanas são as que utilizam menos o preservativo masculino com parceiros fixos ou até mesmo ocasionais. Os motivos tal como se referiu atrás, podem estar relacionados com a cultura e com o poder que o seu parceiro sexual tem sobre ela, e até mesmo sobre a sua vontade. Apesar de até poderem ter consciência da não utilização do preservativo, as dinâmicas do género e poder poderão exercer maior obstáculo no acto de decidir a utilização do preservativo por parte da mulher, sentindo dificuldade de adoptarem comportamentos preventivos (Rocha *et al* 2010; Dias *et al*, 2002). Apesar das mulheres brasileiras utilizarem mais o preservativo com parceiros do sexo oposto, não utilizam com parceiros do mesmo sexo. O contágio das IST faz-se independentemente das relações heterossexuais ou homossexuais. Estas mulheres poderão associar que a percentagem de risco de contágio é inferior do que se for praticada numa relação heterossexual, ou até mesmo pelo desconhecimento do comportamento de risco em causa.

Após os participantes saberem da existência do VIH/SIDA enquanto doença e, ambas as comunidades respondem que não mudaram o seu comportamento sexual desde que chegaram a Portugal. Contudo, 40% e 32% dos homens e mulheres da comunidade brasileira mudou o seu comportamento sexual desde que chegou a Portugal. Importa apenas sublinhar que 50% dos homens africanos, comparativamente a 25% dos homens brasileiros, mudou o seu comportamento sexual desde que tomaram conhecimento da existência do VIH/SIDA. Tal como reportado no enquadramento teórico, os factores sociais, económicos, culturais e até mesmo religiosos, são preponderantes exercendo influência ao nível dos comportamentos sexuais dos migrantes. A mudança de comportamento sexual requer uma convivência entre parceiros, que segundo a literatura, é difícil alcançar, se um dos parceiros não concordar. Provavelmente os africanos mudaram o seu comportamento sexual, porque tinham mais comportamentos de risco antes de tomarem conhecimento da existência da doença, enquanto os brasileiros por terem mais conhecimentos, reportam em menor número uma mudança de comportamento sexual. Uma vez que anteriormente poderiam possivelmente já utilizar um método de prevenção contra o possível contágio das IST e do VIH/SIDA.

Os homens têm mais relações ocasionais ou passageiras do que as mulheres. No relatório sobre as boas práticas em cuidados de saúde para imigrantes e minorias étnicas na Europa, Fonseca *et al* (2009) referem que as razões apontadas para a não-utilização do preservativo vão desde barreiras culturais e ideológicas aos custos e à fraca acessibilidade. Na comunidade dos PALOP o uso de preservativo está normalmente associado à prevenção da gravidez e não do VIH e relaciona-se com um conjunto de ideias como a infidelidade, relações casuais, falta de confiança, intimidade e compromisso numa relação (Fonseca *et al*, 2009).

Relativamente à questão do teste do VIH/SIDA, cerca de 80% dos migrantes diz que não pede a um novo parceiro para efectuar um teste de VIH/SIDA, contudo aproximadamente 20% dos brasileiros (homens e mulheres) responde afirmativamente. A vida sexual passada dos parceiros é de certa forma importante para os respondentes, nomeadamente 60% dos africanos e 70% dos brasileiros. No que diz respeito às infecções sexualmente transmissíveis, mais de metade dos respondentes responde ter “muito” receio, sobretudo 75% dos homens africanos e 60% das mulheres brasileiras. A comunidade brasileira (embora pouco representativa em número), possivelmente por ter

mais conhecimento sobre o VIH/SIDA e as suas implicações ao nível da saúde, faz e pede o teste do VIH/SIDA a um novo parceiro. Provavelmente os homens africanos por terem mais parceiros sexuais, comparativamente a toda a amostra, e por terem mais comportamentos considerados de risco, têm mais receio de contrair IST. A percentagem de mulheres brasileiras que tem relações sexuais com outras parceiras (fixas ou ocasionais), não se protege de possíveis contágios. Por percepcionarem o risco a que estão expostos, estes homens e mulheres mostram mais receio das IST.

Segundo alguns autores é essencial considerar a influência das questões de género e as diferenças de poder na tomada de decisão sobre o uso de preservativo, na medida em que, muitas vezes, esta é uma decisão unilateral do homem (Bowleg et al, 2000). Brady (2006) indica que para além disso, as mulheres são social, económica e biologicamente mais vulneráveis às IST do que os homens. Elas tendem a ficar assintomáticas por mais tempo, demoram mais para procurar tratamento e, excluindo o VIH, sofrem consequências mais sérias decorrentes de algumas IST, incluindo cancro cervical, gravidez ectópica, septicemia e infertilidade (Brady, 2006).

## **LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

A recolha de dados deste estudo foi efectuada no CNAI, o qual é uma entidade que trata de várias questões ligadas à educação, à saúde, à segurança social, ao emprego e à justiça. Os migrantes que participam neste estudo são pessoas que se deslocaram ao CNAI, as quais foram convidadas a participar, independentemente da sua situação de regularização e segundo os critérios do capítulo Métodos. Apesar da amostragem não ser aleatória, permite assegurar que a presente amostra é bastante diversificada. No entanto, por um lado, poderá existir um possível viés associado. A desvantagem deste processo é que em rigor, os resultados e as conclusões só se aplicam à amostra não podendo ser extrapolados com confiança para o Universo. Isto porque não há garantia de que a amostra seja razoavelmente representativa do Universo (Hill & Hill, 2008). Por outro lado, a não realização de testes de associação limitam conclusões mais aprofundadas sobre o estudo. De salientar que embora o questionário seja confidencial e anónimo, as questões colocadas são delicadas, íntimas e sensíveis, podendo levar a uma limitação de respostas por parte dos participantes.

## CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

As diferenças a destacar relativamente às características sociodemográficas da população africana e brasileira são sobretudo o grau de escolaridade, o tempo de estadia em Portugal, a situação de regularização e o emprego. As características sociodemográficas são a plataforma que pode contribuir para catapultar a vulnerabilidade do migrante. Senão, veja-se que os africanos têm menos escolaridade, mas estão mais regularizados. Os brasileiros estão em Portugal há menos tempo, recorrem menos aos serviços de saúde, mas têm um rendimento familiar melhor do que os africanos. Estas diferenças podem proteger uns e tirar vantagens a outros, expondo-os a uma fragilidade que pode ser determinante para a sua saúde. Dando o exemplo da mulher brasileira (é jovem, tem escolaridade ao nível do ensino secundário, e mais conhecimentos sobre o VIH/SIDA), poder-se-á levantar a questão de que ao contrário do primeiro fluxo migratório em Portugal, estas mulheres podem ter migrado por razões específicas, efectuando uma trajectória de migração sozinhas e não com o objectivo de juntarem-se ao parceiro ou de reunificação familiar.

Concluiu-se no que diz respeito às fontes de informação que os *media*, os familiares, amigos e conhecidos, bem com as campanhas de prevenção, são importantes enquanto canal de informação, uma vez que há divulgação sobre esta doença, em casa, na rua e nas redes sociais. Para além disso, o início da actividade sexual situa-se na faixa etária dos 13 e 17 anos para a maioria da população migrante. Portanto, a informação obtida através deste trabalho, poderá contribuir para que haja um alerta futuro relativo à sexualidade precoce, por parte das escolas e dos serviços de saúde, nomeadamente na área da promoção da saúde através das juntas de freguesia e das autarquias respectivas. Assim, o poder local poderá ser apoiado por associações e instituições ligadas aos migrantes, à educação (escolas públicas locais) e à saúde, na área de residência dos migrantes. Sendo que a intervenção ao nível local (bairros pertencentes e integrados na área metropolitana de Lisboa) é potencialmente mais absorvida e integrada junto das populações do que as intervenções ao nível dos grandes centros urbanos. O início prematuro da educação para a saúde relativa ao VIH/SIDA, em casa, nas escolas, como até mesmo nas reuniões sociais e religiosas, acaba por ajudar na prevenção do VIH, aquilo que se designa como a janela de esperança

(Negash, 2003). O objectivo da janela de esperança é “chamar a atenção” sobre a necessidade de proteger as crianças, adolescentes e jovens da infecção do VIH/SIDA.

Os factores responsáveis pelo aumento da vulnerabilidade e o risco de infecção do VIH/SIDA passam pelos fracos conhecimentos e por comportamentos que podem ser considerados como de risco. Neste estudo, apesar de admitirem possuir um elevado nível de informação sobre o VIH/SIDA, verificou-se que esta população tem ideias erradas, as quais estão associadas ao estigma da doença, sobretudo no caso das mulheres. As normas socioculturais colocam as mulheres numa posição mais vulnerável em relação à protecção das doenças infecciosas, tendo mais dificuldade em proteger-se, sobretudo a mulher africana, uma vez que em relação às mulheres brasileiras, optam por não utilizar um método de contracepção, nomeadamente o preservativo. De forma a melhor compreender este comportamento, é essencial considerar a questão do género e as diferenças de poder, no que diz respeito à utilização do preservativo, mas também as crenças culturais e ao possível preconceito que o preservativo representa. As estratégias e políticas de prevenção nesta área, direccionadas à população, devem ter em conta os diferentes comportamentos dos homens e mulheres e também as suas culturas. Ou seja, em relação às mulheres, concluiu-se que as africanas “negligenciam” a utilização do preservativo, possivelmente devido a factores externos. Já no caso das mulheres brasileiras, apenas 22% elege o preservativo masculino e 12% não utiliza preservativo com parceiros ocasionais do mesmo sexo. Estes números sugerem que é necessário fazer uma prevenção ao nível da saúde sexual, direccionada à mulher, desmitificando a utilização do preservativo, em prol da saúde sexual. Importa também que as estratégias de promoção da saúde incidam igualmente nas IST no âmbito das relações heterossexuais e homossexuais. Em relação aos homens, pelo facto de terem mais parceiros (as) sexuais e por segundo os resultados não utilizarem preservativo na última relação sexual, as estratégias mencionadas acima são igualmente indicadas, no sentido de passar a mensagem de que embora a utilização do preservativo possa oferecer menos prazer sexual, a sua utilização implica consequências positivas ao nível da saúde pessoal e familiar. No fundo, não se fala apenas do indivíduo, mas de todo o aglomerado familiar e as consequências que determinados comportamentos de risco podem trazer enquanto marido, pai ou filho.

Apesar destas recomendações específicas, há que ter em conta a dificuldade de uma mudança de comportamento em qualquer indivíduo que tenha práticas de risco. Fala-se de mudança de práticas relacionada com os aspectos culturais e sociais. A ponte entre o conhecimento e o comportamento é distante, requer várias fases de aprendizagem e leva o seu tempo. Tal como Campbell (1997) refere, a informação apenas não é suficiente para que haja mudanças de comportamento consistentes. Se o conhecimento factual é apenas um determinante do comportamento, torna-se um desafio para aqueles que estão interessados nas mudanças de comportamento sexuais desenvolver mais abordagens inovadoras relacionadas com a mudança comportamental. A transmissão de informações correctas e o conhecimento sobre as formas de transmissão do VIH/SIDA não são suficientes para gerar novas práticas de saúde direccionadas para a prevenção, porque muitas vezes o que se verifica é uma descolagem entre o comportamento e as informações que as pessoas possuem. Nem sempre estão directamente relacionados ou têm aplicações directas nas práticas de prevenção, apesar de existir alguma informação sobre as formas de contágio e prevenção do VIH/SIDA (Brak-Lamy, 2010).

Define-se como estratégias de comportamento, as estratégias que atrasam o início da primeira relação sexual, a diminuição do número de parceiros sexuais, o aumento do número de relações sexuais protegidas, a promoção de aconselhamento e de testes relativos ao VIH (Coates *et al*, 2008). As estratégias comportamentais que acompanham estes objectivos focam-se nos indivíduos, casais, famílias, grupos de pares ou redes, instituições e comunidades. Enquanto as estratégias estruturais procuram a mudança do contexto que contribui para a vulnerabilidade e risco, as estratégias comportamentais tentam motivar a mudança comportamental nos indivíduos e na comunidade, utilizando uma série de abordagens educacionais, motivacionais, grupo de pares, construção de competências e normas no âmbito da comunidade (Coates *et al*, 2008).

Conclui-se igualmente que o acesso aos serviços de saúde depende do tempo de estadia no país de chegada, da situação de regularização, das expectativas que adiam a decisão, da idade reprodutiva da mulher e até da proximidade geográfica. Recomenda-se que a divulgação sobre os direitos dos migrantes no Sistema Nacional de Saúde faça parte da planificação das estratégias que visam a prevenção da saúde do migrante.

Neste contexto, os estudos CAP são de elevada importância porque ajudam a compreender o nível de informação de um grupo específico de pessoas, como actuam, e como se comportam em relação à epidemia em causa. Fornecem uma informação válida que poderá ser utilizada posteriormente, visto que se adquiriu mais conhecimentos através da descrição (análise de dados) sobre esta população específica. Assim, este estudo poderá contribuir de alguma forma para melhor compreender o contexto, segundo o qual, estas duas comunidades estão integradas, enquanto culturas diferenciadas e alguns dos factores determinantes que têm impacto na sua saúde. Tornando-se mais fácil relacionar e compreender a razão pela qual, por exemplo, os africanos optarem por não utilizar o preservativo, e a razão pela qual os brasileiros se deslocam menos aos serviços de saúde. Seria interessante dar continuidade a este estudo, ou a estudos semelhantes a este (CAP) através da realização de testes estatísticos que confirmem se existe ou não associação entre as variáveis estudadas, para que se possam tirar conclusões mais detalhadas e aprofundadas sobre os migrantes africanos e brasileiros e o VIH/SIDA).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alto Comissariado para Imigração e Diálogo Intercultural, S.d. Centro Nacional de Apoio ao Imigrante. [online] Disponível em: <http://www.acidi.gov.pt/es-imigrante/servicos/centros-nacionais-de-apoio-ao-imigrante---cnai> (Consultado em Março de 2011)

Ashby, C., 2006. Factors contributing to the sexual behavioural patterns and increased risk of infection amongst migrant construction workers in Botswana. Master thesis in Public Health, University of Witwatersrand, Johannesburg.

Bäckström, B., Carvalho, A., Inglês, U., 2009. Imigração e saúde - O Gabinete de Saúde do CNAI enquanto observatório para o estudo das condições de acesso dos imigrantes aos serviços de saúde. Revista Migrações 4, p. 161-189.

Bowleg, L., Belgrave, F., Reisen, C. 2000. Gender roles, Power strategies and precautionary sexual self-efficacy: implications for black and Latina women's HIV/Aids protective behaviors. Plenum Publishing Corporation, 42 (7/8).

Brak-Lamy, M.,G., 2010. Comportamentos sexuais, atitudes, conhecimentos e crenças de adolescentes/jovens cabo-verdianas e portuguesas relativamente à vulnerabilidade ao risco do VIH/SIDA: Uma abordagem comparativa em contexto urbano. IPAS BRASIL, Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva. [online] Disponível em: [http://www.aads.org.br/arquivos/ComportamentosSexuaisJovens\\_Lisboa\\_CaboVerde.pdf](http://www.aads.org.br/arquivos/ComportamentosSexuaisJovens_Lisboa_CaboVerde.pdf) (consultado em Março de 2011).

Brady, M., 2011. Evitar infecções sexualmente transmissíveis, a gravidez indesejada e proteger a fertilidade: a necessidade de tripla protecção das mulheres jovens. Questões de saúde reprodutiva "Sexualidade e reprodução: acções e serviços de saúde" Abrasco - Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva /GT Gênero e Saúde, 1, p. 50-58.

Brockerhoff, M., Biddlecom, A., 1998. Migration, Sexual Behavior and HIV diffusion in Kenya. Policy Research Division Working Papers, 111.



Campbell, C., 1997. Migrancy, Masculine Identities and AIDS: The Psychosocial Context of HIV transmission in South African Gold Mines. *Social Science & Medicine*, 45 (2), p. 273-281.

Carvalho, M., Braga, V., Silva, M., Galvão, M., 2008. Assistência à saúde da mulher portadora de HIV/AIDS no Brasil: Refletindo sobre as políticas públicas. *Fortaleza: Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 9 (3), p. 125-134.

Center for Disease Control and Prevention, 2011. Hiv among Women. [online] Disponível em: <http://www.cdc.gov/hiv/topics/women/pdf/women.pdf> (consultado em Novembro de 2011).

Circular Informativa nº14/DSPCS,2002, Direcção Geral de Saúde, Ministério da Saúde.

Coates, T., Ritcher, L., Caceres, C., 2008. Behavioral strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better. *Lancet*, 372, p. 669-684.

Conselho de Ministros, 2007. Plano Para a Integração dos Imigrantes, *Diário da República*, 1.ª série, N.º 85, 3 de Maio de 2007.

Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA, 2007. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA. Um compromisso para o futuro.

Costa, P., 2009. Imigração em Portugal: Tendências recentes. Os imigrantes guineenses, ucranianos e brasileiros no mercado de trabalho português. *Cadernos cursos de doutoramento em Geografia*. FLUP, 1.

Coutinho, M., Oliveira, M., 2010. Tendências comportamentais frente à saúde de imigrantes Brasileiros em Portugal. *Psicologia & Sociedade*, 22 (3), p. 548-557.

Decreto-Lei 135/99. 1ª série A - nº 94. 22-4-1999. Presidência do Conselho de Ministros. *Diário da República*.

Despacho 25.360/2001. 2ª série - nº 286. 12-12-2001. Ministério da Saúde. Diário da Republica.

Dias, S., Gonçalves, A., 2007. Migração e Saúde. Observatório da imigração ACIDI. Revista Migrações, 1, p. 15-26.

Dias, S., Gama, A., Cortes, M., 2011. Healthcare-seeking patterns among immigrants in Portugal. Health and Social Care in the Community. Blackwell Publishing Lt, p.1365-2524

Dias, S., Matos, M., Gonçalves, A., 2002. Conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao VIH numa comunidade de migrante: implicações para a intervenção. Psicologia, Saúde & Doenças, 3 (1), p. 89-102.

Dias, S., Rocha, C., Horta, R., 2009. Saúde sexual e reprodutiva das mulheres africanas e brasileiras. Um estudo qualitativo. ACIDI I.P. Estudos Observatório da imigração.I.N 32, p. 52-60.

Dias, S., Severo, M., Barros, H., 2008.Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. BMC Health Services Research, 8 (207), p. 1-8.

Diniz, E., 2008. Brasileiras no mercado de trabalho na área metropolitana de Lisboa: histórias e relatos de uma vida migrante e suas redes sociais. Fazendo Gênero - Corpo, Violência e Poder, 8.

ECDC, WHO (Regional Office for Europe, Copenhagen) 2009a HIV/AIDS Surveillance in Europe. Slides presentation. [online] Disponível em: [http://staging.ecdcdmz.europa.eu/en/healthtopics/spotlight/spotlight\\_aids/Documents/HIV\\_AIDS\\_surveillance\\_2009\\_presentation.ppt](http://staging.ecdcdmz.europa.eu/en/healthtopics/spotlight/spotlight_aids/Documents/HIV_AIDS_surveillance_2009_presentation.ppt) (Consultado em Março de 2011)

ECDC, 2009b. Technical Report Migrant Health: Background note to the "ECDC Report on migration and infectious diseases in the EU. European Centre for Disease Prevention and Control.

ECDC, 2010.Technical report-Migrant health: Epidemiology of HIV and AIDS in migrant communities and ethnic minorities in EU EEA countries. European Centre for Disease Prevention and Control.Stockholm.

Estrela, P., 2009. A saúde dos imigrantes em Portugal. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, p. 45-55.

Fonseca, M., Silva, S., 2010. Saúde e imigração: utentes e serviços na área de influência do Centro de Saúde da Graça. *Observatório da imigração. ACIDI I.P.*, 40.

Fonseca, M., Esteves, A., McGarrigle, J., Silva, S., 2007. Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: uma perspectiva geográfica e política. *ACIDI I.P. Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde*, 1, p. 27-52.

Fonseca, M., Silva, S., Esteves, A., McGarrigle, J., 2009. Relatório sobre os Estado da Arte em Portugal. *MIGHEALTHNET soar - Rede de Informação sobre boas práticas em cuidados de saúde para imigrantes e minorias étnicas na Europa. Departamento de Geografia / Centro de Estudos Geográficos: Universidade de Lisboa.*

França, T., 2010. Alternando entre o trabalho e o prazer: Considerações de uma doutoranda brasileira. *O Cabo dos Trabalhos: Revista Electrónica dos Programas de Mestrado e Doutoramento do CES/ FEUC/ FLUC*, 4.

Gonçalves, A., Dias, S., Lick, M., Fernandes, M., Cabral, J., 2003. Acesso aos cuidados de saúde de comunidades migrantes: problemas e perspectivas de intervenção. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21, p. 55-64.

Gupta, G., 2000. Gender, Sexuality and HIV/AIDS: The What, the Why and the How. *International Center for the Research on Women. Plenary address XIIth international AIDS Conference. South Africa.*

Hill, M., Hill, A., 2008. *Investigação por Questionário. 2ª Edição. Edições Sílabo.*

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009<sup>a</sup>. *Infecção e VIH/SIDA: a situação em Portugal., Unidade de referência e vigilância epidemiológica: Departamento de doenças infecciosas*, 141.

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009<sup>b</sup>. *Caracterização da situação VIH/SIDA. [online] Disponível em:*

[http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2009/12\\_Dezembro/SlidesVIH-SIDA.pdf](http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2009/12_Dezembro/SlidesVIH-SIDA.pdf) (consultado em Março de 2011).

International Organization for Migration, 2009. Migration Health. Report of Activities 2008-2009. Healthy Migrants in Healthy Communities.

International Organization for Migration, 2010. The future of Migration: building capacities for change.

Irfii, G., Soares, R., Desouza, S., 2010. Fatores Socioeconômicos, Demográficos, Regionais e Comportamentais que Influenciam no Conhecimento sobre HIV/AIDS. Brasília: Economia, 11(2), p. 333-356

Khan, K., Collinson, M., Tollman, S., Wolff, B., Garenne, M., Clark, S., 2003. Health consequences of migration: Evidence from South Africa's rural northeast. Program in Urbanization and Migration. Conference on African Migration in Comparative Perspective. Johannesburg, South Africa 4-7 Junho.

Khrishan, S., Dunbar, M., Minnis, A., Medlin, C., Gerdt, C., Padian, N., 2008. Poverty, gender inequities, and women's risk of Human Immunodeficiency Virus/AIDS. Annals of the New York Academy of Sciences. 1136, p.101-110.

Last, J., 2006. Cross-Sectional Study. Encyclopedia of Public Health. [online] Disponível em: <http://www.enotes.com/public-health-encyclopedia/> (Consultado em Março de 2011).

Lazarus, J., Himedan, H., Østergaard, R., Liljestrand, J., 2006. HIV/AIDS Knowledge and condom use among Somali and Sudanese immigrants in Denmark. Scandinavian Journal of Public Health, 34, p. 92-99.

Lisboa, W., 2010. Fluxos transatlânticos e identidade: a imigração brasileira em Portugal e o imaginário português sobre o Brasil. XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Caxambú, Brasil.

Llácer A., Zunzunegui M., del Amo, J., Mazarrasa, L., Boluvar, F., 2007. The contribution of a gender perspective to the understanding of migrants' health. Journal of Epidemiology Community Health, 61 (2), p. 4-10.

Lopes, L., 2007. Gravidez e Seropositividade em Mulheres Imigrantes na região de Lisboa. ACIDI I.P. Teses, 11

Magis-Rodriguez, C., Lemp, G., Hernandez, M. T., Sanchez, M. A., Estrada, F., Bravo-Garcia, E., 2009. Mexican Migrants and their vulnerability to HIV. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 51, p. 21-25.

Mandú, E., Dióz, M., 2006. Percepções de grávidas em torno da prevenção da contaminação do HIV e de sua transmissão vertical. *Ciência, Cuidado e Saúde*. Maringá, 5 (3), p. 344-354

Migrant Integration Policy Index - MIPEX III, 2011. British Council and Migration Policy Group. [online] Disponível em: <http://www.mipex.eu/portugal>. (Consultado em Março de 2011)

Moges, K. T., 2008. *Insiders' Views and Reflections on HIV/AIDS Prevention Targeting Immigrants with Multicultural Background*. Ph.D Gothenburg Universitet.

Motsukunyane, M. M., 2009. *Impact of work-based HIV/AIDS interventions on Knowledge, Attitudes and Perceptions of workers in a local Municipality*. Master in Philosophy: University of Stellenbosch.

Mullany, L. C., Maung, C., Beyrer, C., 2010. HIV/AIDS knowledge, attitudes, and practices among Burmese migrant factory workers in Tak Province, Thailand. *AIDS Care*, 15 (1), p. 63-70.

Murteira, B., 1993. *Análise exploratória de dados: estatística descritiva*. Ed. 1993. Lousã, Portugal: Editora McGraw-Hill

Negash, Y., Betemariam, G., Benti, D., Bejiga, M., 2003. A community based study on knowledge, attitude and practice (KAP) on HIV/AIDS in Gambella. *Journal of Health Development*, 17 (3), p. 205-213.

Pereira, S., 2008. *Trabalhadores imigrantes de origem africana: precariedade laboral e estratégia de mobilidade geográfica*. Observatório da imigração. ACIDI I P. *Revista Migrações*, 2, p. 47-71.

Portella, C., 2001. A imigração para Portugal: Imigrantes da Europa de Leste. JANUS - Anuário das Relações Exteriores. [Online] Disponível em: [http://www.janusonline.pt/2001/2001\\_3\\_3\\_9.html](http://www.janusonline.pt/2001/2001_3_3_9.html) (consultado em Março de 2011).

Puri, M., Cleland, J., 2006. Sexual behavior and perceived risk of HIV/AIDS among young migrant factory workers in Nepal. *Journal of Adolescent Health*. 38, p. 237-246.

Ramos, N., 2009. Saúde, Migração e direitos humanos. *Psicologia da Saúde*, 17, p. 1-11.

Rocha, C. M., Dias, S., Gama, A., 2010. Conhecimentos sobre o uso de contraceptivos e prevenção de DST: a percepção de mulheres imigrantes. *Rio de Janeiro, Cadernos de Saúde Pública*, 26 (5), p. 1003-1012.

Scheppers, E., Van Dongen, E., Dekker, J., Geertzen, J., Dekker, J., 2006. Potential barriers to the use of health service ethnic minorities: a review. *Family Practice Advance Access*, Oxford University Press, p. 325-348.

Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. SEFSTAT [online] Disponível em: <http://sefstat.sef.pt/> (Consultado em Março de 2011).

Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, 2009. Relatório de Imigração. Fronteiras e Asilo. Departamento de planeamento e formação.

Stulhofer, A., Pamela, B., Nikolić, N., Greiner, N., 2006. HIV/AIDS and Croatian Migrant Workers. *Collegium Antropologicum*, 30, p. 105-114.

Tavares, J. M., 2010. *Migrantia*: caracterização da Imigração em Portugal. Relatório de estágio no âmbito do Mestrado em Sociologia. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Tavira, L. T., 2007. Infecções sexualmente transmissíveis numa população migrante africana em Portugal: estudo de base resultante do projecto Epi-Migra. Observatório da Imigração ACIDI I.P. *Revista Migrações*, 1, p. 129-139.

Thiam, M., Perry, R., Piché, V., 2003. Migración y el VIH en el norte de Senegal. Population Reference Bureau.

Topa, J. B., 2010. Inclusão/exclusão das mulheres migrantes nos cuidados de saúde em Portugal: reflexão à luz do feminismo crítico. *Psico*, 41 (3), p. 366-373.

Joint United Nations Programme on HIV/Aids, 2010. Global Report on the global Aids epidemic. UNAIDS.

Unfpa-Iom. United Nations Population Fund. International Organization for Migration, 2006. Female Migrants: Bridging the Gaps throughout the Life Cycle. In: UNFPA-IOM Expert Group Meeting. New York 2-3May.

Ungass, 2010. Declaration of Commitment on HIV/Aids. [online] Disponível em: [www.unaids.org/en/aboutunaids/unitednationsdeclarationsandgoals/2001declarationofcommitmentonhivaids/](http://www.unaids.org/en/aboutunaids/unitednationsdeclarationsandgoals/2001declarationofcommitmentonhivaids/) (consultado em Março de 2011)

United Nations, 2009. Graphs and Maps: Wallchart. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. International Migration. [online] Disponível em: [http://www.un.org/esa/population/publications/2009Migration\\_Chart/IttMig\\_maps.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/2009Migration_Chart/IttMig_maps.pdf) (consultado em Março de 2011)

United Nations, 2010<sup>a</sup>. General Assembly Special Session on HIV/Aids. Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/Aids. Guidelines on construction of core indicators. UNAIDS

United Nations, 2010<sup>b</sup>. Population and HIV. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. [online] Disponível em: <http://www.un.org/esa/population/publications/population-hiv2010/population-hiv2010chart.pdf> (consultado em Março de 2011).

Wall, K., Nunes, C., Matias, A., 2005. Mulheres imigrantes e novas trajetórias de migração: um croché transnacional de serviços e cuidados no feminino, in Villa verde Cabral. M.; Wall, K.; Aboim, S.; Carreira da Silva, F. (Eds.), Itinerários. A investigação nos 25 anos do ICS, Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.

Williamson, L. M., Rosato, M., Teyhan, A., 2009. AIDS mortality in African migrants living in Portugal: evidence of large social inequalities. *Sexually Transmitted Infections*, p. 427-431.

Wolffers, I., Painter, T. M., 2002. HIV/AIDS Programs for Mobile Populations and Their Partners Chapter 10. Hiv/Aids Prevention and Care in resource-constrained settings. Handbook for the design and management programs. Family Health International In: Lamptey P. R. and Gayle H (eds), Washington, p. 229-256.

World Health Organization Europe, 2009. Modelling Estonia's concentrated HIV epidemic: A case study. Estonian National Institute of Health Development. Estonian Ministry of Social Affairs. Who regional Office for Europe.

World Health Organization, 2009<sup>a</sup>. Integrating gender into HIV/Aids programmes in the health sector. Tool to improve responsiveness to women's needs. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

World Health Organization, 2009<sup>b</sup>. Women and Health. Today's evidence tomorrow's agenda. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

World Health Organization, 2010. Health of Migrants- The way forward. Report of a global consultation. Madrid, Spain 3-5 March